

LUOTTAMUS KIIREELLISEN JA SÄÄNNÖLLISEN HOIDON SAAMISEEN TARVITTAESSA:
TERVEYDENHUOLLON HOIDON SAAMISEN ESTEIDEN, KÄYTTÄJÄKOHTAISTEN OMI-
NAISUUKSIEN JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTÖN YHTEYS LUOTTAMUKSEEN

Pro gradu -tutkielma

Annika Torn

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Kansanterveystiede

Marraskuu 2018

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

ANNIKA TORN: Luottamus kiireellisen ja säännöllisen hoidon saamiseen tarvittaessa: terveydenhuollon hoidon saamisen esteiden, käyttäjäkohtaisten ominaisuuksien ja terveystieteiden käytön yhteys luottamukseen

Pro gradu -tutkielma, 85 + 6 sivua

Vastaava ohjaaja: FT, yliopistonlehtori Liina-Kaisa Tynkkynen

Ohjaaja: FT Lauri Kokkinen

Terveystieteiden tutkinto-ohjelma, kansanterveystiede

Marraskuu 2018

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka terveydenhuollon hoidon saamisen esteet ovat yhteydessä luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Terveydenhuollon hoidon saamisen esteet sisälsivät tässä tutkimuksessa talouden, integraation ja saatavuuden esteitä. Terveydenhuollon palveluiden käytössä on havaittavissa väestöryhmien välisiä eroja, jotka johtuvat keskeisesti palveluiden järjestämis- ja rahoitustavoista. Luottamus hoidon saamiseen voi olla paikoin koetuksella, mutta tästä huolimatta luottamusta tarvitaan takaamaan terveydenhuollon tarkoituksenmukainen toiminta ja tuomaan palveluiden käyttäjille ennakoitavuutta sekä turvaa.

Lisäksi oltiin kiinnostuneita siitä, miten palveluiden käyttäjien sosioekonomiset ja demografiset taustamuuttujat, toimeentulovaikeudet, pitkäaikaissairaus, palveluiden käyttö ja käyttöoikeus ovat yhteydessä epäluottamukseen hoidon saamiseen. Terveydenhuoltoa tarkasteltiin julkisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä yksityisten palvelutuottajien ja työterveyshuollon muodostamana palvelukokonaisuutena. Aineistona käytettiin THL:n Uudistuvat sosiaali- ja terveystieteiden 2015 -kyselytutkimusta (N = 2626), jossa kartoitettiin 18–79-vuotiaiden suomalaisten kokemuksia ja näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollosta. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukoinnin yhteydessä Pearsonin X^2 -testiä, Kruskal-Wallis-testiä ja multinomiaalista logistista regressioanalyysia.

Tulokset osoittivat, että tarvitsemansa hoidon saamisen esteitä monesti kokeneet tunsivat muita useammin epäluottamusta tarvittavan hoidon saamiseen. Muiden tekijöiden suhteen epäluottamuksen havaittiin olevan korkeinta pitkäaikaissairailta, työttömillä ja toimeentulovaikeuksia kokeneilla. Epäluottamus tarvittavan hoidon saamiseen kasautuu tämän tutkimuksen mukaan kaikista haavoittuvammalle osalle väestöä, joka tarvitsisi luottamusta eniten. Terveydenhuollon palveluiden järjestämistavat eivät toimi tällä hetkellä luottamusta vahvistavasti. Palvelujärjestelmää uudistaessa tärkeää on kiinnittää huomiota palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden ja saumattoman integraation lisäämiseen, jolloin myös luottamusta hoidon saamiseen voidaan vahvistaa. Luottamusta vahvistamalla voidaan edistää palveluiden tarkoituksenmukaista käyttöä ja luoda kaivattua taloudellisesti kestävyttä.

Asiasanat: luottamus, terveydenhuolto, hoidon saamisen esteet, terveystieteiden saatavuus

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of Social Sciences

ANNIKA TORN: Trust in receiving needed urgent and regular care: association between barriers to health care service access, characteristics of service users, health care service use and trust.

Master's thesis, 85 + 6 pages

Head supervisor: PhD, University lecturer Liina-Kaisa Tynkkynen

Supervisor: PhD Lauri Kokkinen

Degree Programme in Health Sciences, Public Health

November 2018

The purpose of this study was to examine whether facing barriers to access health care services are associated with trust in receiving needed urgent care and trust in receiving needed regular care. In this study the barriers to access health care included service integration, accessibility and financial barriers. Many studies have indicated that socioeconomic differences influence the use of the health care services. These differences are believed to be caused by how health care services are produced, delivered and funded. Trust that one can have the treatment needed can thus be tested. However, trust in receiving needed urgent and regular care is essential, because it gives the service users stability and security and ensures proper functioning of health care system.

In addition to access barriers, the interest of this study was on how socioeconomic status, demographic factors, financial difficulties, long-term illness, use of services, right for occupational care and supplemental health insurance are associated with trust in receiving needed care. The health care system was considered consisting of public primary and special health care and private and occupational health services. The survey of Finnish National Institute for Health and Welfare "Views and Use of Reformed Social and Health Services 2015" (N = 2626) studied the views and experiences 18–79-year-old Finns had of health care services. The results of the 2015 survey serve as the research data of this study. The statistical methods used were X^2 , Kruskal-Wallis test and multinomial logistic regression.

Respondents who had faced barriers to access health care services multiple times, had a long-term illness, were unemployed or had financial difficulties, were more likely to express distrust in receiving needed urgent care and distrust in receiving needed regular care. The results of this study indicate that distrust in receiving needed care cumulates on vulnerable part of the population, who would actually need trust the most. The results of this study suggest that the ways health care system is organized, and services produced do not strengthen the trust in receiving needed care equally among different population groups. When reforming health care system, it is important to pay attention to facilitating equal service access and seamless service integration in order to strengthen the trust in receiving needed care and therefore promote purposeful service use and create financial stability.

Keywords: trust, health care services, health care system, health care service access

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO.....	1
2	LUOTTAMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA	4
2.1	Luottamuksen määrä – absoluuttista vai suhteellista?	6
2.2	Luottamuksen lähikäsitteistö.....	7
2.3	Institutionaalinen luottamus.....	9
3	TERVEYDENHUOLLON TAVOITTEET JA TOIMINTA	11
3.1	Terveystenhuollon palveluiden järjestäminen ja tuottaminen	13
3.2	Terveystenhuollon palveluiden ja hoidon saamisen toteutuminen	17
4	AIKAISEMPI TUTKIMUS LUOTTAMUKSESTA JA TERVEYDENHUOLLOSTA.....	22
4.1	Kansainvälinen tutkimus.....	22
4.2	Kotimainen tutkimus	25
4.3	Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista	29
5	TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	31
6	AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	32
6.1	Aineiston kuvaus	32
6.2	Tutkimuksen muuttujat	34
6.2.1	Luottamus tarvittavan hoidon saamiseen.....	34
6.2.2	Sosioekonomiset ja demografiset taustamuuttujat	35
6.2.3	Hoidon saamisen esteet.....	38
6.2.4	Pitkäaikaissairaus, terveyspalveluiden käyttö ja käyttöoikeus.....	39
6.3	Analyysimenetelmät.....	40
7	TULOKSET	45
7.1	Aineiston kuvailevat tunnusluvut.....	45
7.2	Luottamus hoidon saamiseen ja sosioekonomiset ja demografisten tekijät.....	48
7.3	Luottamus hoidon saamiseen ja hoidon saamisen esteet.....	50
7.4	Luottamus hoidon saamiseen ja pitkäaikaissairaus, terveyspalveluiden käyttö ja käyttöoikeus	53
8	POHDINTA	57
8.1	Tulosten yhteenveto.....	57
8.2	Tulosten tarkastelu.....	58
8.3	Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet	65
8.4	Tutkimuksen eettisyys	71
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	73
10	LÄHTEET.....	74
11	LIITTEET.....	86

11.1	Liite 1: Hoidon saamisen esteiden faktorianalyysin reliabiliteetit	86
11.2	Liite 2: Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioimaton malli	87
11.3	Liite 3: Tutkimuksessa käytetyt kysymyslomakkeen kysymykset	89

1 JOHDANTO

Suomalaisen terveystalitiikan keskeinen tavoite on ollut pitkään yhtäläisten, väestön palveluntarpeeseen vastaavien ja helposti saavutettavissa olevien terveyspalveluiden takaaminen kaikille väestöryhmästä tai asuinalueesta riippumatta (Blomgren & Hiilamo 2012, 79; Manderbacka, Aalto ym. 2017; Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Terveystalitiittisista linjauksista huolimatta terveydenhuollon palveluiden käytössä ja tarvittavan hoidon saamisessa on havaittu sosioekonomisia eroja, jotka eivät selity täysin terveydentilan eroilla tai palveluiden käyttäjäkohtaisilla ominaisuuksilla (Aalto, Vehko ym. 2017; Blomgren & Hiilamo 2012, 76–80; Karvonen, Martelin, Kestilä & Junna 2017; Klavus 2010, 41). Terveystaliteluiden saatavuuden ongelmien taustalla ovat muun muassa muutokset väestörakenteessa, palvelujen kasvanut kysyntä sekä kuntien eriarvoistunut asema palvelunjärjestäjinä. Toisin sanoen syyt palveluiden saannin rajoitteille ovat palveluiden käyttäjien ominaisuuksista riippumattomia ja pitkälti terveydenhuollon järjestämistavoista johtuvia, jolloin ne olisivat ehkäistävissä ja siten ne muodostavat eettisen ongelman. Hoidon saamisen esteiden kokemista ja kohdentumista etenkin palveluita paljon käyttäville, pitkäaikaissairailta ja masennusoireista kärsiville ei voida pitää oikeudenmukaisina. (Aalto, Vehko ym. 2017; Manderbacka, Aalto ym. 2017; Manderbacka, Muuri ym. 2012.)

Käsitys terveydenhuollon tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta lisäävistä ominaisuuksista on muuttunut vuosien saatossa (Keskimäki 2010), kun tietämys sen terveyseroja ylläpitävistä ja kasvattavista mekanismeista on syventynyt (Karvonen ym. 2017; Manderbacka 2011). Terveystaliteluiden yhdenvertaista saatavuutta pyritään vahvistamaan sekä turvaamaan tulevalla sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksella, eli niin kutsutulla sote-uudistuksella. Pitkään vireillä ollut uudistus ja sen tavoitteet ovat olleet niin asiantuntijoiden kuin väestön kritiikin kohteena tavoitteiden ja tehtyjen toimien ristiriitaisuuksien sekä poliittisen erimielisyyden vuoksi. (Erhola ym. 2014, 5–7; Näätänen & Londén 2018, 72, 74.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen asettaa luottamuksen terveydenhuoltoon entistä tärkeämmäksi, sillä uudistukseen liittyy edelleen paljon epävarmuustekijöitä ja kilpailevia intressejä. Tässä tutkimuksessa käytettävän aineiston keruun aikoihin keskustelu uudistuksesta kävi kiivaana ja sen valmistelu lykkääntyi edelleen. (Koivuranta 7.11.2015; Saltman & Teperi 2016; Toivonen 6.3.2015.) Sote-uudistuksen käänteet ovat olleet runsaita ja uutisointi niistä kiivasta, jonka vuoksi

epävarmuus terveydenhuollon tulevaisuuteen on voinut lisääntyä väestössä etenkin jo ennestään luottamuspulasta kärsivien keskuudessa.

Luottamuksen mielletään olevan tunne siitä, että vastapuoli toimii luottavan eduksi, jolloin elämän ennakoitavuus ja turvallisuuden tunne lisääntyvät (Hoskings 2014, 28; Luhmann 1979, 15; Offe 1999, 47). Terveydenhuollossa luottamus helpottaa sairauksien tuomaa epävarmuutta ja auttaa luottamaan siihen, että saa tarvittaessa terveydentilansa vaatimaa laadukasta hoitoa ammattilaisten toteuttamana (Calnan & Rowe 2008; Gille ym. 2017; Meyer ym. 2008; Ozawa & Sripad 2013). Väestön tuntema luottamus hoidon saamiseen kertoo terveydenhuollon tavoitteiden toteutumisesta, palveluiden laadusta sekä toisaalta tyytyväisyydestä niihin (Harjuniemi 1971; Ozawa & Sripad 2013). Sen on havaittu olevan yhteydessä muun muassa palveluiden tarkoituksenmukaiseen käyttöön (Ozawa & Sripad 2013) ja positiiviseen terveyskäyttäytymiseen (Ahnquist, Wamala & Lindström 2008; LaVeist, Isaac & Williams 2009; Lindström & Janzon 2007). Kuitenkin palveluiden heikko saatavuus ja kielteiset palvelukokemukset voivat uhata luottamusta ja siten palveluiden tarpeenmukaista käyttöä (Gille ym. 2014; Harjuniemi 1971; Laamanen ym. 2006; LaVeist ym. 2009; Niemelä 2015).

Terveydenhuoltoa kohtaan tunnettu luottamus on järjestelmän toimivuuden ja palveluiden käyttäjien hyvinvoinnin ja terveyden kannalta ensiarvoisen tärkeää (Gille ym. 2015). Vaikka terveydenhuoltoa kohtaan tunnetaan edelleen korkeaa luottamusta ja sen asema on Suomessa vakaa (Aalto, Manderbacka ym. 2016; Kivisalmi 2017; Niemelä 2012 34–35; Pentala-Nikulainen ym. 2018; Vaarama ym. 2014, 323–324), ei korkea luottamus sitä kohtaan ole itsestään annettua. Hoidon saaminen on Suomessa väestön keskuudessa paikoin hankaloitunut, eikä tutkimustietoa palveluiden käyttöä haittaavien tekijöiden yhteydestä luottamukseen hoidon saamiseen ole Suomessa tai kansainvälisesti saatavilla. Terveyspoliittisten tavoitteiden ja lainsäädännön valossa kaikkien väestössä tulisi pystyä luottamaan saavansa terveydentilan edellyttämää hoitoa, ja onkin perusteltua tuottaa tutkimustietoa siitä, toteutuuko tämä yhtäläisesti väestössä.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan, kuinka terveydenhuollossa keskeisimmät talouden, saavutettavuuden ja integraation esteet hoidon saamiselle ovat yhteydessä luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Toisena kiinnostuksen kohteena on, miten palveluiden käyttäjien asemaa terveydenhuollossa, niiden käyttöä ja henkilökohtaisia ominaisuuksia ilmaisevat muuttujat suhteutuvat hoidon saamista

kohtaan tunnettuun epäluottamukseen. Terveysthuollolla viitataan julkisten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden, työterveyden sekä yksityisten palvelutuottajien muodostamaan palvelukokonaisuuteen. Aineistona käytetään Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -kyselytutkimusta (Aalto, Muuri & Syrjä). Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ymmärrystä siitä, kuinka terveydenhuollon palveluiden saatavuus ja toisaalta yksilötason tekijät ovat yhteydessä terveydenhuollon järjestämisvastuulla olevan hoidon saamiseen.

2 LUOTTAMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

Luottamukseen on liitetty hyvin erilaisia lähestymistapoja ja aihetta on tarkastelu monenlaisista näkökulmista. Sitä on kuvattu kirjallisuudessa niin yksilöiden, yhteisöjen ja kahden toimijan suhteen välisenä ominaisuutena, kuin myös luonteenpiirteiden ja persoonallisuuden kautta. (Komu & Hellsten 2010, 6; Lappi-Seppälä, Tala, Litmala & Jaakkola 1999, 2; Misztal 1996, 14; Sztompka 1999, 60–66.) Vaikka luottamus jonkin toimijan tai yhteisön ominaisuutena onkin kirjallisuudessa johtava näkökulma luottamukseen, on sitä lähestytty myös tunteen, asenteen ja suhteen perspektiiveistä (Hosking 2014, 27). Perinteisesti luottamuksen muodostumisen kannalta keskeisinä pidetään etenkin lapsuudessa tapahtuvia erilaisia biologisia ja kognitiivisia prosesseja, jotka luovat pohjaa luottamuksen perusvalmiuksien muodostumiselle (Hosking 2014, 44; Ilmonen & Jokinen 2002, 69; Komu & Hellsten 2010, 6). Toisaalta luottamisen oppiminen ja sen arvioiminen kehittyvät koko ihmiselämän ajan uusien tilanteiden ja kohtaamisien mukaan (Luhmann 1979, 27–28). Luottamusta voidaan kohdistaa elollisten toimijoiden ohella myös abstrakteihin, elottomiin järjestelmiin, kuten yhteiskunnallisiin instituutioihin (Lappi-Seppälä ym. 1999, 2; Misztal 1996, 14).

Yksi tapa jäsentää luottamuksen moninaista käsitettä on tarkastella sitä sen eri funktioiden, eli tehtävien kautta. Luottamukselle on annettu sosiaali- ja yhteiskuntatieteellisessä kirjallisuudessa hyvin vaihtelevia tehtäviä laidasta laitaan yhteistyön sujuvoittamisesta aina tehokkuuden ja toimijuuden lisäämiseen. Se, millaiseksi luottamuksen tehtävä nähdään, vaikuttaa riippuvan pitkälti tieteenalasta ja sen näkökulmista luottamukseen. Kuitenkin kenties keskeisin luottamuksen ydintehtävä on epävarmuuden lievittäminen, eli tulevien tapahtumien ennakoitavuuden lisääminen. (Kankainen 2007, 34, 43; Sztompka 1999, 25.) Etenkin tulevaisuuteen sijoittuviin tapahtumiin liittyy epävarmuutta, sillä niitä emme pysty aina ennakoimaan, saati vaikuttamaan niiden kulkuun. Luottamus auttaa toimimaan näistä epävarmuuksista ja elämän ennustamattomuudesta huolimatta ja sen turvin on mahdollista hyväksyä, ettei kaikkeen pysty vaikuttamaan. (Luhmann 1979, 15; Misztal 1996, 71, 73, 76–77; Sztompka 1999, 20–21.) Luottamusta voidaankin pitää tunteena siitä, että luotettava toimii luottavan eduksi, jolloin sen turvin on helpompi luottaa epävarmuudesta riippumatta (Hosking 2014, 28).

Terveydenhuoltotutkimuksissa luottamuksen nähdään toimivan perustana terveydenhuollon taroituksenmukaiselle ja oikeudenmukaiselle toiminnalle. Luottamuksen tunne suojaa palveluiden käyttäjiä, sillä se auttaa turvautumaan varauksetta terveydenhuollon tarjoamiin palveluihin ja luottamaan sen hoitohenkilöstön ammattitaitoon. Toisaalta terveydenhuollossa epävarmuutta lisää myös se, saako varmasti tarvitsemaansa palvelua ja ennen kaikkea tarvittua hoitoa. (Luhmann 1979, 20; Zechner 2007, 140.) Myös terveystieteellisessä keskustelussa luottamuksen tehtävä näyttäytyy edellä esitetyn kappaleen mukaisesti ennakoitavuuden ja turvan tuojana (Gille ym. 2017; Meyer ym. 2008; Ozawa & Sripad 2013; Zechner 2007, 140). Luottaminen on usein terveyden- ja sosiaalihuollon palveluiden piirissä aktiivista pohtimista, jolloin punnitaan hoidon saantia ja toisaalta reflektoidaan aikaisempia kokemuksia vielä jälkikäteenkin (Zechner 2007, 140).

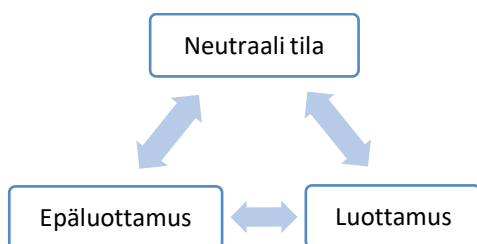
Luottamuksen tarpeen on nähty nykypäivänä olevan korostunut ja toisaalta sen merkitystä korostetaan eri yhteyksissä (Kouvo 2014, 19). Terveystieteissä luottamusta terveydenhuoltoon kohtaan korostetaan palveluiden käyttäjien haavoittuvan aseman ja käyttäjien sekä alan ammattilaisten välillä vallitsevan hierarkkisen epätasapainon vuoksi (Calnan & Rowe 2008, 1–3; Goudge & Gilson 2005), jonka nähdään vaativan rinnalle luottamusta (Zechner 2007, 140). Yhteiskunnallisessa keskustelussa on ajoittain puhuttu myös luottamuksen vähenemisestä, etenkin Yhdysvalloissa (Calnan & Sanford 2004; Gille ym. 2015; Kouvo & Kankainen 2009), mikä on lisännyt kiinnostusta aihepiiriä kohtaan. Yhteiskunnan rakenteet ja ympäröivä maailma on muuttunut monin eri tavoin modernisaation myötä, ja muutokset ovat tapahtuneet melko nopeasti. Suurten muutosten myötä rajat tutun ja tuntemattoman välillä ovat paikoin hälventyneet ja siten riskit muuttaneet muotoaan, jonka vuoksi myös epävarmuus on paikoin tuntunut lisääntyneen. (Misztal 1996, 95; Sztompka 1999, 11–13.)

Muutosten myötä myös useat tuttuina pidetyt toimintamallit ovat muuttuneet. Esimerkiksi terveydenhuollon kaltaisissa instituutioissa tapahtuneiden muutosten, kuten informaatioteknologian käyttöönoton vuoksi näissä navigointi on muuttunut osin vaikeaselkoisemmaksi ja kanssakäyminen persoonattomampaan suuntaan. (Gille ym. 2015; Sztompka 1999, 13–14, 16.) Myös tuleva, hyvin suuresti nykyistä palvelujärjestelmää mullistava sosiaali- ja terveydenhuoltouudistus voi lisätä epä-tietoisuutta ja epävarmuutta terveydenhuollon tulevaisuudesta, minkä vuoksi luottamusta tarvitaan rinnalle lieventämään tätä. Uudistuksesta ja sen vaikutuksista terveydenhuoltoon lisää edempänä luvussa 3.1.

Toimintamallien muuttuminen persoonattomampaan suuntaan aiheuttaa siis haasteita luottamuksen rakentumiselle, sillä sen kohdistaminen persoonattomaan ja etäiseltä tuntuvaan toimijaan voi olla hankalaa (Kouvo 2014, 19). Etenkin terveydenhuollossa persoonattomuus ei välttämättä näyttyädy palveluiden käyttäjän luottamuksen rakentamisen kannalta edullisena. Kuitenkin niin terveydenhuollossa navigoidessa kuin arkielämässä joudumme olemaan yhä enemmän tekemissä ennalta tuntemattomien toimijoiden kanssa ja kohdistamaan luottamuksemme heidän varaansa. Joskus luottaminen on ainoa vaihtoehto, vaikka vastapuolen luottamuksellisuuden arvioiminen olisikin haastavaa. Kanssakäyminen niin ihmisten kuin instituutioiden kanssa tulee pohjautua jonkinasteiseen luottamukseen, tai muutoin elämästä tulee hyvin kuormittavaa ja ennakoimatonta. (Luhmann 1979, 22; 88; Misztal 1996, 9, 21.)

2.1 Luottamuksen määrä – absoluuttista vai suhteellista?

Luottamuksen määrää voidaan toisaalta pitää absoluuttisena, eli sitä joko on tai ei, mutta toisaalta sen voidaan ajatella olevan jyrkän kahtiajaon sijaan pikemminkin suhteellista (Stzompka 1999, 55). Tilanteesta riippuen ihmisten voidaan ajatella liikkuvan luottamusta kuvaavalla janalla (vrt. Kuvio 1), jonka toisessa päässä on luottamus ja toisessa epäluottamus. Luottamus saattaa täten asettua janalle muihinkin kuin vain sen ääripäihin tilanteesta riippuen, eli olla suhteellista. (Harisalo 2009, 52; Kankainen 2007, 34.) Esitetyn mallin (Kuvio 1) mukaisesti tässä tutkimuksessa yhdytään Hardinin (1999, 23) näkemys siihen, ettei luottamus ja epäluottamus kata kaikkia luottamuksen vaihteluita. Luottamus ei ole niin mustavalkeaa, että sitä voisi kuvata vain näillä kahdella ääripäällä, vaan niiden väliin tarvitaan väli tilaa, jossa kumpaakaan ei ole tai kummastakaan ei ole puutetta. Luottamuksen kehittymiskulku ei väistämättä myöskään kulje neutraalin tilan kautta, vaan se voi muuttua äkillisesti suoraan luottamuksesta epäluottamukseen tai toisin päin (Kuvio 1). Tämän vuoksi esitetty kehämäinen kuvio on jänämällä totuudenmukaisempi luottamuksen kulun muutoksen kuvaaja. (Hardin 1999, 23.)



Kuvio 1. Luottamuksen muutosten kulun malli

Luottamus ja epäluottamus mielletään usein kirjallisuudessa toistensa vastapareiksi, mutta samalla ne eivät kuitenkaan ole toistensa symmetrisiä vastapuolia tai edes toisiaan täydentäviä luottamuksen puolia. On toki mahdollista luottaa tai olla luottamatta toiseen osapuoleen ylipäättään, mutta epäluottaminen ei väistämättä tarkoita sitä, että toista kohtaan ei tunnettaisi lainkaan luottamusta. (Luhmann 1979, 71; Ullman-Margalit 2004, 60–61.) Sztompka (1999, 26) vuorostaan määrittelee epäluottamuksen luottamuksen negatiiviseksi kääntöpuoleksi. Siihen liittyy kielteisesti sävyttyneitä odotuksia vastapuolen toiminnasta, jonka myötä myös luottavan oma toiminta voi muovautua itselle haitalliseen suuntaan, kuten vältteleväksi tai puolustautuvaksi (Sztompka 1999, 26). Toisaalta Sztompka (1999) itse käyttää epäluottamuksen käsitettä myös neutraalissa merkityksessä, jolloin sillä viitataan luottamuksen ja epäluottamuksen välitilaan (Kuvio 1), josta luottamus voi lähteä kehittymään niin positiiviseen kuin negatiiviseen suuntaan (Sztompka 1999, 26–27; ks. myös Ullman-Margalit 2004, 61–62).

Todennäköisyydet sille, kumpaan suuntaan luottamus lähtee kehittymään, eivät kuitenkaan ole välttämättä samat. Luottamuksen muodostumisen ajatellaan vaativan enemmän tietoa, kuin epäluottamuksen. Mikäli luottamus on kerran petetty, on todennäköisempää ja helpompaa olla luottamatta kuin luottaa. (Cook, Hardin & Levi 2005, 65; Hardin 1999, 31.) Epäluottamuksen muuttaminen kohti luottamusta ei siis ole helppoa, sillä epäluottamuksesta voi olla vaikea päästää irti (Kankainen 2007, 34–35). Tästä johtuen sen uudelleen rakentaminen on hidas prosessi. Luottamusta ei myöskään voi synnyttää pakosta, vaan sen luominen vaatii aikaa ja positiivisia kokemuksia vastapuolesta ja tämän toiminnasta. (Misztal 1996, 84.)

2.2 Luottamuksen lähikäsitteistö

Luottamuksen käsitettä lähellä on joukko samankaltaisia ja siihen läheisesti liittyviä käsitteitä. Keskeisimpiin näistä lukeutuvat luottavaisuus, annettu ja ansaittu luottamus, sosiaalinen pääoma sekä riski. Käsitteille yhteistä on niiden tulevaisuuteen suuntautuminen ja tehtävä epävarmuuden sekä epätietoisuuden lieventäjinä. (Hosking 2014, 28; Sztompka 1999, 25.) Luottaminen vaatii itsessään aina jonkin asteista riskinottoa, sillä kuten edellä todettiin, on luottamus helposti särkyvää. Luottamus on yhtäältä vaihtoehto riskille, mutta myös luottamista riskistä huolimatta. (Misztal 1996, 18; Uslaner 2013.) Kirjallisuudessa luottamiseen sisältyvä riski nähdäänkin yhtäältä positiivisena vaihtoehtona, mutta myös negatiivisessa merkityksessä juuri siihen sisältyvän petoksen mahdollisuuden vuoksi (Sztompka 1999, 31; Warren 1999, 1).

Terveydenhuoltoa ja muita instituutioita kohtaan tunnetun luottamuksen voidaan ajatella olevan luottamuksen ohella myös luottavaisuutta, annettua tai ansaittua luottavaisuutta. Keskeinen ero näissä on siinä, että ansaittu luottamus rakentuu sosiaalisessa kanssakäymisessä, jossa kokemuksen pohjalta on muodostunut käsitys vastapuolen luottamuksenarvoisuudesta. Sen sijaan annettu luottamus tai luottamuksellisuus eivät vaadi kanssakäymistä vaan ne voivat nojautua vakiintuneisiin näkemyksiin ja ennakkokäsityksiin vastapuolesta sekä tämän luottamuksenarvoisuudesta. (Harré 1999, 259–260; Ilmonen & Jokinen 2002, 12–13, 89–91; Offe 1999, 65–66; Warren 1999, 6–7.) Tyypillisesti nämä ennakkokäsitykset muodostuvat aikaisempien kokemusten ja asiantuntijatiedon pohjalta, joita peilataan siihen, mitä tiedetään vastapuolen luotettavuudesta ja motivaatiosta. Eri-tyisesti käsitykset instituutioista ovat usein vakiintuneita pitkän ajanjakson aikana, jolloin niiden voidaan sanoa institutionalisoituneen. Tällaisten vakiintuneiden käsitysten myötä luottamus voi muodostua annetuksi. (Hardin 2006, 17–18; Kankainen 2007, 43; Offe 1999, 65–66.)

Luottamuksen käsite yhdistetään etenkin sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä laajempaan yhteiskuntatieteelliseen ilmiöön, sosiaaliseen pääomaan. Sosiaalinen pääoma on alkujaan liitetty talous- ja yhteiskuntatieteellisessä keskustelussa erilaisiin yhteisöjen aineellisiin hyödykkeisiin, jotka toimivat hyötyä tuottavasti. Myöhemmin se systematisoitui käsittämään aineellisten hyödykkeiden lisäksi sosiaalisessa kanssakäymisessä muodostuvia yhteisöjen aineettomia resursseja. (Ruuskanen 2003, 57.) Näihin lukeutuu erilaisia normeja, sosiaalisia verkostoja ja luottamusta, joita hyödynnetään toiminnan tehostamiseksi (Hardin 2006, 75). Sosiaalinen pääoma ja luottamus muihin ihmisiin toimivat Kouvon ja Kankaisen (2009) mukaan kehämäisesti; sosiaalinen pääoma edesauttaa yhteiskunnan hyvinvointia, jolloin kansalaiset antavat tukensa ja panoksensa sille ja vastavuoroisesti luottamusta nauttiva yhteiskunta toimii kansalaisten eduksi. Niin ikään terveystieteellisissä tutkimuksissa on havaittu sosiaalisen pääoman toimivan kansanterveyttä edistävin tavoin (Deroose & Varda 2009; Niemelä 2015). Joitain varovaisia viitteitä on myös saatu siitä, että terveyspalveluiden saatavuus voisi toimia väylänä sosiaalisen pääoman tuomille terveyshyödyille (Deroose & Varda 2009).

Kuitenkin luottamusta osittain rakentava sosiaalinen pääoma jakautuu hyvin epätasaisesti väestöryhmissä, sillä sen on havaittu kasautuvan muiden resurssien tavoin korkeammassa sosioekonomisessa asemassa oleville (Nieminen 2015, 7, 59–60, 66–67). Väestöryhmät, joilla on käytössään laajemmin taloudellisia ja sosiaalisia resursseja, uskaltavat luottaa ja ottaa siihen liittyviä riskejä enemmän, mitä väestöryhmät, joilla on enemmän menetettävää. (Offe 1999, 47–48, 53, 72.) Kuitenkin

ristiriitaista on se, että luottamuksen tarve on vähäisempää paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ja enemmän pääomaa ja taloudellisia resursseja omistavilla. Tätä epäsuhtaa kutsutaan kirjallisuudessa *luottamuksen paradoksiksi*. (Ilmonen & Jokinen 2002, 153; Offe 1999, 55.)

2.3 Institutionaalinen luottamus

Luottamukseen liittyvien teorioiden lähestymistavat ovat osoittautuneet tämän luvun edetessä monimuotoisiksi, mutta teoreettisessa keskustelussa on nähtävillä myös paljon samankaltaisuuksia ja yhteisymmärrystä (Gilson 2003). Karkeasti jaoteltuna luottamuksen voidaan nähdä vallitsevan niin ihmisiin, kuin instituutioihin kohdistettuna (Taulukko 1) (Kankainen 2007, 43; Lappi-Seppälä 1999, 2; Meyer, Ward, Coveney ja Rogers 2008; Stzompka 1999). Kuitenkin todellisuudessa luottamus kohdistuu terveydenhuollossa moniin eri toimijoihin usein yhtäaikaaisesti; yhtäältä instituutioon itseensä ja sen eettisesti oikeudenmukaiseen toimintaan lakien ja säädösten mukaisesti, toisaalta instituution edustajiin ja heidän ammattitaitoon (Zechner 2007, 142).

Toisaalta on mahdollista, että vaikka luotettava olisikin esimerkiksi instituutio, ovat mahdollisesti pohjimmiltaan sen takana toimivat ihmiset luottamuksen kohteena (Harré 1999, 259–260; Stzompka 1999, 41–42, 45–46), eli niin kutsuttuna luottamuksen funktionaalisenä vasteena (Cohen 1999, 222; Ilmonen & Jokinen 2002, 91). Tämän vuoksi itse asiassa terveydenhuoltoa kohtaan tunnettua luottamusta arvioidessa sitä voidaan peilata ensisijaisesti hoitohenkilöstöön tunnettuun luottamukseen tai siihen, millaista vuorovaikutus ja kokemukset näihin on ollut.

Näin luottamuksen perimmäisen kohteen tunnistaminen voi hämärtyä ja muuttua entistä tulkinnanvaraisemmaksi. Toisaalta taas esimerkiksi epäluottamus voi rajoittua instituution edustajan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, mutta luottamus instituutioon itseensä silti säilyä (Stzompka 1999, 49). Kuitenkin loppujen lopuksi terveystalouden käyttäjien luottamuksen kannalta voi olla melko yhdenmukaista, mihin luottamusta on oikein kohdistettu tai onko se muodostunut epäsuorassa vai suorassa kanssakäymisessä terveydenhuoltoon.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltavan, luottamuksen hoidon saamiseen sitä tarvittaessa, kohdistumista ja toisaalta erottautumista niin sanotusta interpersoonallisesta luottamuksesta, voidaan havainnollistaa seuraavalla taulukolla:

TAULUKKO 1. Luottamuksen kohteet terveydenhuollossa (Hall, Dugan, Zheng & Mishra 2001; vrt. Ilmonen & Jokinen 2002, 92)

Luottamus	Luottamuksen kohde terveydenhuollossa	
	Yksilö tai yksikkö	Järjestelmä
Interpersoonallinen	Hoitohenkilö tai hoitohenkilöstö	Terveydenhuollon ammattikunta yleensä
Institutionaalinen	Palveluntuottajan tarjoama kiireellinen ja säännöllinen hoito	Terveydenhuollon tarjoama kiireellinen ja säännöllinen hoito

Tässä tutkimuksessa luottamuksen kohteena on terveydenhuollon tarjoama kiireellinen ja säännöllinen hoito, tarkemmin niiden saaminen tarpeen vaatiessa. Kiireellisen ja säännöllisen hoidon määritelmät sekä järjestäminen Suomessa käydään yksityiskohtaisemmin läpi seuraavassa luvussa. Instituutiolla sen sijaan viitataan tämän tutkimuksen yhteydessä terveydenhuoltoon yhteiskunnallisena järjestelmänä, joka ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä määrittää siihen liittyviä normeja (Kouvo 2014, 26). Vastavuoroisesti väestö kohdistaa terveydenhuollon kaltaisiin keskeisiin yhteiskunnallisiin instituutioihin melko vakiintuneita odotuksia niiden toiminnasta ja roolista ihmisten elämässä (Lappi-Seppälä ym. 1999, 2; Sztompka 1999, 56, 58–59). Näitä olettamuksia ja oma-kohtaisia kokemuksia peilataan useimmiten luottamusta arvioidessa (ks. Zechner 2007, 144–145).

Luottamuksen hoidon saamiseen tarvittaessa nähdään kuvastavan terveydenhuoltojärjestelmälle asetettujen tavoitteiden oikeudenmukaista toteutumista ja palveluiden yhdenvertaista saatavuutta. Terveydenhuollon tavoitteita ja toiminnan järjestäytymistä Suomessa käydään tarkemmin läpi seuraavassa luvussa. Luvussa kuvataan myös, kuinka terveydenhuolto voi toiminnallaan vahvistaa sitä kohtaan tunnettua luottamusta väestössä. Luottamuksen tehtävän nähdään tässä luvussa esitettyjen teorioiden pohjalta turvaa ja ennakoitavuutta tuovana tunteena sekä olettamuksena siitä, että terveydenhuoltojärjestelmä tarjoaa henkilön kulloisen terveydentilan vaatimat tarkoituksenmukaiset palvelut. Tässä tutkimuksessa luottamusta tarkastellaan pääasiallisesti epäluottamuksen näkökulmasta. Epäluottamuksella viitataan tunteeseen siitä, että vastaajan käsitys ja tunne tarvittavan kiireellisen ja säännöllisen hoidon saamisesta on kielteisesti sävyttynyt ja usko niiden saantiin tulevaisuudessa heikentynyt.

3 TERVEYDENHUOLLON TAVOITTEET JA TOIMINTA

Terveystenhuoltojärjestelmään keskeisesti lukeutuviin osiin kuuluvat terveyden- ja sairaanhoidon palvelut, joiden toiminnalla pyritään ihmisten sairauksien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn sekä koko väestön terveyden edistämiseen. Terveystenhuoltoa voidaan tarkastella toisaalta myös laajemmista näkökulmista, jolloin siihen nähdään lukeutuvan laajemmin sen hallinnollisen ja lainsäädännöllisen piirin alainen toiminta (Lehto 2013, 160). Myös WHO:n määrittelyn mukaan terveydenhuoltojärjestelmät tähtäävät toiminnallaan väestön terveyden edistämiseen, mutta yhtä lailla niiden tavoitteena on taata yhtäläiset ja oikeudenmukaiset palvelut kaikille väestöryhmille sekä varmistaa palveluista perittävien asiakasmaksujen kohtuullisuus (Durán, Kutzin, Martin-Moreno & Travis 2011, 21–23). Nämä ovat myös Suomen terveydenhuollon keskeisimmiksi asetettuja tavoitteita, joihin Suomi on sitoutunut kansainvälisillä sopimuksilla (Manderbacka, Aalto ym. 2017).

Suomalaisen terveydenhuollon toiminta on monimuotoista ja sen keskeisistä tehtävistä säädetään lainsäädännössä. Terveystenhuoltolain mukaan (30.12.2010/1326) terveydenhuollon tehtävänä on perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon palveluiden järjestäminen. Myös väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja alueen väestön terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen lukeutuvat terveydenhuollon tehtäviin (Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Suomessa ihmisillä tulee asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta ja taloudellisesta tilanteesta riippumatta olla yhtäläinen oikeus helposti saatavissa oleviin, laadukkaisiin terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin, jotka toteutetaan yhteisymmärryksessä tämän yksityisyyttä ja ihmisarvoa kunnioittaen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Manderbacka, Aalto ym. 2017).

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän perustana ovat julkisesti rahoitetut ja tuotetut palvelut. Terveystenhuollon palveluiden kehittämisestä ja toimintapoliittisista suuntaviivoista määrää sosiaali- ja terveysministeriö (STM), joka myös vastaa keskeisten uudistusten valmistelusta ja toteuttamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, STMa.) Terveystenhuoltopolitiikan kentällä toimijoiden määrä on suuri ja siten intressit monimuotoisia, usein ristiriitaisiakin. Terveystenhuoltopolitiikassa keskeisiä toimijoita ovat muun muassa poliittisten puolueiden ja ministeriöiden lisäksi asiantuntijavirkamiehet ja organisaatiot, järjestöt, kunnat sekä palveluiden tuottajaorganisaatiot. (Lehto 2013, 161–162.)

Terveydenhuollon tehtävät eivät kuitenkaan rajoitu pelkästään terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitoon, vaan väestön luottamusta nauttivalla terveydenhuoltojärjestelmällä on oma roolinsa yhteiskunnassa vallitsevien arvojen, normien, järjestyksen ja luottamuksen ylläpitäjänä (Gilson 2003; Kouvo & Kankainen 2009; Lehto 2013, 160–161; Luhmann 1989, 84). Vaikka palveluiden käyttäjien terveydenhuoltoa kohtaan kohdistetut ensisijaiset toiveet koskisivat omaa terveyttä ja oikeudenmukaista palveluiden saatavuutta, kuuluu järjestelmälle myös käyttäjien näkökulmasta muita laajempia yhteiskunnallisia tehtäviä. Terveydenhuollon tehtävänä on huolehtia koko yhteiskunnan hyvinvoinnista ja toimia sitä edistävällä tavalla, jonka vuoksi sen tavoitteet koetaan väestössä usein tärkeiksi (Aalto, Manderbacka ym. 2016; Gilson 2003.) Kuitenkin kyky luottaa terveydenhuoltoon vaatii sen toiminnan perustana olevien sääntöjen, arvojen ja normien tuntemista ja vastavuoroisesti niihin sitoutumista (Luhmann 1979, 89; Warren 1999, 7). Kun terveydenhuollon toimintamuodot tavoitteineen ovat käyttäjälleen tuttuja, on mahdollista arvioida instituution toimintaa suhteessa tunnettuun luottamukseen ja tehdä päätelmiä terveydenhuollon luottamuksenarvoisuudesta (Hardin 1999, 29). Edelliseen lukuun viitaten terveydenhuoltoon ja sen tarjoamiin palveluihin luottamisen arvioiminen ja tunteminen eivät täten välttämättä vaadi henkilökohtaisia kokemuksia näistä. Annetulle luottamukselle ja toisaalta institutionalisoituneen luottamuksen ominaisesti pelkät päätelmät ja omaksuttu tietämys terveydenhuollon toiminnasta voivat riittää luottamuksen rakentamiselle. (Hardin 2006, 17–18; Harré 1999, 256, 259–261; Kankainen 2007, 43–44; Warren 1999, 7.)

Terveydenhuollon toimiessa väestön mielestä reilusti ja oikeudenmukaisesti se voi toiminnallaan lisätä väestön tuntemaa luottamusta muita ihmisiä kohtaan ja yhteenkuuluvuutta (Kankainen 2007, 10; Kouvo & Kankainen 2009; Offe 1999, 72–76; Warren 1999, 7). Vastavuoroisesti luottamus yhteiskunnallisiin instituutioihin vahvistaa itsessään niiden legitimitettiä (Muuri & Manderbacka 2010, 96), eli kansanlaisten sitä kohtaa tuntemaa hyväksyntään. Kun legitimitetin ansainneen terveydenhuollon toiminta tapahtuu ympäröivän yhteiskunnan normien ja arvojen mukaisesti, on väestön helpompi hyväksyä ja nähdä instituution toiminta toivottuna ja turvautua siten sen tarjoamiin palveluihin niitä tarvittaessa. (Suchman 1995.) Luottamuksen voidaankin sanoa täten mahdollistavan terveyspalveluiden tarkoituksenmukaisen käytön ja siten terveydenhuolto voi toteuttaa sille annettuja tehtäviä.

Kuten aikaisemmin tämän tutkimuksen toisessa luvussa todettiin, perustuu instituutioon luottaminen oletukseen siitä, että se toimii eduksemme ja ennalta odottamalla tavalla (Kankainen 2007, 41–45; Lappi-Seppälä ym. 1999, 2). Tästä huolimatta väestön tuntema luottamus terveydenhuoltoa

kohtaan ei yksistään riitä todistamaan sen legitimitettä. Luottamus terveydenhuoltoon ei ole täysin varauksetonta, saati mikään itseisarvo, vaan instituution täytyy ansaita se luottamuksen arvolla toiminnalla toteuttamalla oikeudenmukaisesti ja tarkoituksellisesti sille asetettuja tehtäviä. (Lappi-Seppälä ym. 1999, 6; Offe 1999, 73.)

3.1 Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen ja tuottaminen

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan periaatteista ja palveluiden järjestämisestä on säädetty erikseen lainsäädännössä, jota jo hieman sivuttiin yllä. Perustuslain (1999/731) mukaisesti julkisen vallan tulee edistää väestön terveyttä ja taata jokaiselle riittävät terveyspalvelut. Terveydenhuollon palveluiden käyttäjien asemaa turvataan erikseen laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jonka mukaan käyttäjällä on oikeus tämän terveydentilan edellyttämiin terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin. Palveluiden järjestämisestä ja oikeudenmukaisuustavoitteista säädetään terveydenhuoltolain (1326/2010) lisäksi joukossa muita erityislakeja ja terveyspoliittisissa strategioissa (Manderbacka, Aalto ym. 2017; STMa). Näiden lisäksi asiakasmaksujen määräytymisestä on säädetty laissa ja säädöksissä erikseen (Hetemaa ym. 2018, 8). Terveyspolitiikan pääpainotus on Suomessa ollut yhtäläisten terveyspalveluiden tarjoaminen kaikille väestössä palveluiden käyttöä rajoittavista tekijöistä riippumatta (Manderbacka, Aalto ym. 2017).

Suomessa vastuu julkisten terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä on tällä hetkellä kunnilla. Kuntien tulee järjestää terveydenhuoltolaissa määritetyt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut kunnan väestön palvelutarpeen mukaisesti. Palvelut voidaan tuottaa kunnan omasta toimesta tai yhdessä kuntayhtymän kanssa. Vaihtoehtoisesti kunta tai kuntayhtymä voi ostaa palveluita yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Huolimatta siitä, kuka julkisia terveydenhuollon palveluita tuottaa, tulee hoitoon päästä terveydenhuoltolaissa säädettyjen aikarajojen mukaisesti. (STMb; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Kuntien terveystieteissä tarjotaan julkisia perusterveydenhuollon palveluita, joissa keskeistä on hoidon tarpeen arviointi, pitkäaikaissairauksien hoito ja seuranta sekä terveystarkastukset ja tarvittaessa annettava terveysneuvonta. Terveystieteissä järjestetään myös päivystystä, jossa hoidaan välittömästi kiireellisiä tapauksia. Kiireellistä hoitoa tarjotaan terveystieteiden aukioloaikojen ulkopuolella yleensä sairaaloiden yhteyspäivystyksessä. (STMa.) Kiireellisen hoidon saamisesta on

säädetty myös erikseen terveydenhuoltolaissa. Terveydenhuoltolaissa kiireellinen hoito on määriteltävy vastaamaan äkillistä sairautta tai vammaa, jonka välittömän hoidon huomiotta jättäminen voi johtaa sairauden tai vamman pahenemiseen. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen on myös mahdollista saada ensihoitoa, jolloin henkilölle annetaan välitöntä hoitoa ja tarvittaessa kuljetusta hoitoyksikköön valtakunnallisesta hätänumerosta 112 (STMa).

Perinteisesti julkisesti tuotettu erikoissairaanhoito painottuu terveyden ylläpitämiseen (Nguyen & Seppälä 2014). Erikoissairaanhoidon palveluita annetaan sairaaloissa, joissa hoitoa ja tutkimuksia annetaan lääketieteellisten erikoisalojen mukaisesti. Jokainen kunta kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin, joiden alaisuuteen kuuluvissa yliopistollisissa sairaaloissa ja sairaanhoitopiirien keskussairaaloissa hoidetaan vaativimpia tapauksia. Sairaanhoitopiirit ovat vastuussa myös ensihoitopalveluiden järjestämisestä. (STMa.)

Julkisten palveluiden järjestämiseen kootaan rahat monikanavaisen rahoitusjärjestelmän kautta. Rahoitus koostuu monesta pienestä eri rahavirrasta, jonka vuoksi toiminnan rahoituksen läpinäkyvyys ja toisaalta asiakasmaksujen epäoikeudenmukainen kohdentuminen on saanut osakseen kritiikkiä, josta lisää seuraavassa luvussa 3.2. (Hetemaa ym. 2018, 123; Nguyen & Seppälä 2014; Pekurinen ym. 2011, 27.) Terveydenhuollon rahoitus koostuu valtiolta ja kunnilta tulevista verovarosta, Kansaneläkelaitoksen sairauskuluvakuutuksista, työnantajilta, vakuutusyhtiöiltä ja palveluiden käyttäjien asiakasmaksuista (Pekurinen ym. 2011, 5; Saltman & Teperi 2016).

Julkisen terveydenhuollon lisäksi terveydenhuollon palveluita järjestävät työterveyshuolto ja markkinamekanismein ohjatut yksityiset palvelutuottajat. Yksityisten palvelutuottajien osuus terveydenhuollon palveluiden tuottajina ja julkisia palveluita täydentävinä on kasvanut viime vuosina. (STMa.) Kansaneläkelaitoksen eli Kelan tarjoama sairauskuluvakuutus korvaa osan yksityislääkärien tutkimus- ja hoitokuluista, mutta pääasiallisesti palveluiden käyttäjä maksaa suurimman osa yksityisten terveysterveysten palveluiden maksuista. Palveluiden käyttäjien on mahdollista hankkia itselleen myös yksityisen sairauskuluvakuutus, joka korvaa käyttäjälle yksityisten palveluiden kustannuksia ja lisää täten valinnanvapautta valita palvelutuottaja julkisen palvelutuotannon lisäksi myös yksityisistä palvelutuottajista. Yksityisten sairauskuluvakuutusten suosion kasvaminen kertoo osin siitä, että käyttäjät haluavat hyödyntää valinnanvapautta laajemmin. Yksityisten sairauskuluvakuutuksen suosion

lisääntyminen on ohjannut palveluiden käyttäjiä yksityisten palvelutuottajien piiriin, jonka myötä julkinen terveydenhuolto on supistunut menetettyään käyttäjiään yksityiselle sektorille. Sairauskuvakuutusten hankkimisen suosion kasvuun ja vakuutusmarkkinoiden laajentumiseen on vaikuttanut keskeisesti ostovoiman kasvaminen. (Nguyen & Seppälä 2014, 193.)

Työterveyshuollon palveluiden tavoitteena on ylläpitää työssäkäyvien toimintakykyä ja työhyvinvointia (Nguyen & Seppälä 2014, 193). Työterveyshuollon palveluiden järjestämisestä vastavat työnantaja, jotka voivat halutessaan järjestää ne itse tai ostaa muulta palveluntuottajalta. Myös kunnat järjestävät työterveyshuollon palveluita alueen työnantajille näiden niin halutessa. Työterveyshuollon palveluiden järjestämisestä ja näiden tavoitteista säädetään erikseen muun muassa työterveyshuolto- ja työturvallisuuslaeissa. (STMa; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Työterveyshuollon palvelut ovat työntekijälle pääosin maksuttomia. Suurin osa työterveyshuollon palveluista tarjoaa työterveyshuoltoa työsuojelun ja työterveysriskien vähentämisen lisäksi myös sairauden hoitoa. (Manderbacka, Aalto ym. 2017.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on rakennettu vaiheittain toisistaan erillisin ja usein hankelähtöisin uudistuksin, jonka vuoksi niiden pohjalta muodostuneen järjestelmän kokonaisuus on edellä kuvatusti hajanainen (Kokko 2015, 29, 41; Pekurinen ym. 2011, 23). Viime vuosina tehtyjen vaiheittaisten muutoksien toimeenpaneminen on nähty välttämättömänä, sillä niin poliittiset toimijat kuin palveluiden käyttäjät kohdistavat terveydenhuollolle yhä etenevästi haasteita. Toisaalta myös yleisten elinolojen kohenemisen myötä käyttäjät asettavat terveydenhuollolle suurempien odotuksia ja vaatimuksia. Lisäksi väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen muutokset asettavat paineita terveydenhuollolle ja puskevat sitä siten uudistumaan. Jo nykyisellään järjestelmä kamppailee kustannuspaineiden kanssa, jotka tuskin tulevat tulevaisuuden haasteiden myötä helpottamaan. Näihin haasteisiin keskeisenä ratkaisuna on nähty palveluiden uudelleen järjestäminen toiminnan tehostamiseksi. (Ollila 2006, 162–163; Saltman & Teperi 2016; Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016a, 15, 22; Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017, 7–8.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on läpikäymässä mittavaa uudistusta. Sosiaali- ja terveystieteiden uudistuksella, eli sote-uudistuksella, pyritään vastaamaan edellä esitettyihin haasteisiin julkisen talouden kestävyysvajeesta palveluiden yhdenvertaiseen saatavuuden turvaamiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL.) Sote-uudistuksen asettamisesta linjattiin pääministeri Juha Sipilän

vuoden 2015 hallitusohjelmassa (Valtioneuvoston kanslia 2015, 25, 28–29), mutta uudistuksen vaiheet ulottuvat pitkälle useamman vuosikymmenen päähän (Kokko ym. 2009; Ollila 2006, 160–162). Uudistuksia on tehty erityisesti perusterveydenhuollon palveluiden turvaamiseksi antamalla kunnille lisää vastuuta ja toisaalta vapautta järjestää entistä suurempien väestöpohjien tarvitsemat julkiset terveyspalvelut. Olennaisina osina uudistuksia on ollut palveluiden kehittäminen asiakaslähtöisemmiksi, toimivimmiksi ja taloudellisesti kestävimmiksi. Terveyspalveluiden kehittämisessä ovat viime vuosina ohjanneet etenevästi elinkeino- ja yhteiskuntapoliittiset lähtökohdat, joiden keskiössä on ollut palveluiden markkinaehtoistaminen. (Kokko ym. 2009; Ollila 2006, 160–162.)

Tällä hetkellä toimeenpanossa oleva sote-uudistus mullistaa Suomen terveydenhuollon kenttää suuresti, kun julkisten terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta perustettaville maakunnille. Näin väestöpohjiltaan entistä suuremmilla itsehallinnollisilla maakunnilla ajatellaan olevan toisaalta suurempi vastuu palveluiden järjestämisestä, mutta myös laajemmat rahoitus- ja resurssivarrannot turvata tarkoituksenmukaiset ja entistä yhdenvertaisemmat palvelut. Uudistukseen liittyy monia eri tavoitteita ja lainsäädännöllisiä uudistuksia, mutta näistä keskeisempiä ovat palveluiden uudelleen järjestäminen, valinnanvapauden lisääminen ja hyvinvointi- sekä terveyserojen kaventaminen. Olennaisena osana uudistusta on myös sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittaminen eli palveluintegraatio, jolla tavoitellaan saumattomampaa ja tapauskohtaisia seikkoja huomioivaa sekä siten tavoitteellisempaa palveluketjua. Palveluintegraatiolla pyritäänkin yhtenäistämään hoitopolkuja, jolloin sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijat toimisivat nykyistä järjestelmää yhtenäisempänä kokonaisuutena, eikä niinkään kahtena erillisenä toimijana. (Erhola ym. 2014, 16–17, 21; THLa.)

Uudistuksen tavoitteiden toteutumiseen on kuitenkin suhtauduttu asiantuntijoiden ja väestön keskuudessa kriittisesti sitä mukaan, kun uudistuksen toimeenpano on lykkääntynyt. Poliittinen päätöksenteko on osaltaan jarruttanut uudistuksen etenemistä, sillä uudistuksen periaatteista ja tavoitteista on oltu montaa eri mieltä. Terveysalan asiantuntijoiden keskeisimpinä huolenaiheina on palveluiden markkinaehtoistaminen sekä se, että palvelumarkkinat tulevat keskittymään liiaksi suurimpiin asiakaskeskuksiin eikä edellytyksiä valinnanvapauden hyödyntämiseen voida pitää yhtäläisinä kaikilla väestöryhmillä. Niin ikä työterveyshuollon eriytyneisiin palveluihin ei ole tulossa muutosta uudistuksen myötä. Pitkään vireillä olleen uudistuksen läpiviemistä pidetään puutteista huolimatta

tärkeänä ja sen tavoitteisiin suhtaudutaan edelleen myönteisesti väestön ja asiantuntijoiden keskuudessa. (Eskola, Erhola & Pekurinen 16.3.2018; Junnila ym. 2016; STM, valtionvarainministeriö; Näätänen & Londén 2018, 72, 74; Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017, 58–59.)

3.2 Terveydenhuollon palveluiden ja hoidon saamisen toteutuminen

Vaikka terveydenhuoltopoliittisten linjausten painotus on ollut palveluiden oikeudenmukaisessa kohdentamisessa (Teperi 2006, 9), on palveluiden yhdenvertainen saatavuus ja tarpeenmukainen käyttö jakautunut väestöryhmittäin suurituloisia suosivasti. Erot palveluiden käytössä eivät selity terveydentilan eroilla. (Aalto, Manderbacka ym. 2016; Karvonen ym. 2017; Klavus 2010, 43; Manderbacka, Aalto ym. 2017; Manderbacka, Gissler ym. 2006.) Tavoitteet terveydenhuollon palveluiden tarpeenmukaisesta sekä oikeudenmukaisesta käytöstä käyttäjäkohtaisista tekijöistä riippumatta eivät näytäkään täysin toteutuvan tällä hetkellä (Blomgren & Hiilamo 2012, 76; Manderbacka, Aalto ym. 2017; Manderbacka, Muuri ym. 2012; Pekurinen ym. 2011, 67). Terveydenhuoltopoliittiset tavoitteet väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisesta ja tasavertaisten palveluiden tarjoamisesta vaikuttaisivat jääneen osittain sivuun (Lehto 2013, 160).

Tässä tutkimuksessa luottamusta palveluiden saatavuuteen tarvittaessa tarkastellaan hoidon saamisen esteiden kautta, joita ovat palveluiden saatavuus, integraatio ja taloudelliset esteet. Tässä luvussa kuvataan tarkemmin, mitä kyseiset esteet oikeastaan ovat ja kuinka terveydenhuollon järjestämistavat osiltaan ylläpitävät näitä.

Väestöryhmittäisten erot terveysterveyspalveluiden käytössä johtuvat useiden eri tekijöiden summasta. Keskeisimpinä pidetään edellisessä luvussa kuvattua terveydenhuollon jakautumista yksityisiin- ja julkisiin sekä työterveyshuollon palveluihin, jonka vuoksi palveluiden saatavuus vaihtelee väestöryhmittäin. Kolmikanavaisen järjestelmän vuoksi kaikilla ei ole universaalia oikeutta käyttää eri palvelutuottajien terveysterveyspalveluita. Julkisten terveysterveyskeskuksien palvelut ovat ainoita avoterveydenhuollon palveluita, joihin kaikilla väestössä on käyttöoikeus ja joiden asiakasmaksut ovat suhteellisen pieniä. (Manderbacka, Aalto ym. 2017.) Työterveyshuollon ilmaisten, nopeasti saatavilla olevien palveluiden piiriin lukeutuvat vain työssäkäyvät, mutta tästäkin löytyy poikkeuksia. Esimerkiksi lyhyissä työsuhteessa olevat eivät välttämättä ole oikeutettuja työterveyshuollon palveluihin. On kuitenkin havaittu, että työelämässä olevilla terveysterveyspalvelut ovat paremmin saatavilla, kuin työelämän ulkopuolella olevilla, ja että he myös käyttävät palveluita muita väestöryhmiä enemmän. (Blomgren

& Hiilamo 2012, 82; Nguyen & Seppälä 2014, 204–206.) Vastaavasti yksityiset lääkäripalvelut ovat helposti saatavilla tiheästi asutuilla kaupunkialueilla, mutta asiakkaalle jäävät maksuosuudet ovat sairausvakuutuskorvauksenkin jälkeen suuria (OECD 2017). Etenkin pienituloiset jäävät täten pitkistä jonotusajoista kärsivien terveyskeskuspalveluiden varaan, kun taas suurempituloisilla on varaa valita palveluntuottaja tarpeen mukaisesti nopeasti saatavilla olevien työterveyshuollon ja yksityisten lääkäripalveluiden valikoimasta (Blomgren & Hiilamo 2012, 82–83; Häkkinen & Alha 2006, 43; Manderbacka, Muuri ym. 2012).

Terveydenhuollon voimavarat eivät ole tasaisesti jakautuneet maan sisällä, mikä on johtanut palveluiden eriarvoiseen alueelliseen saatavuuteen. Terveyspalveluiden järjestämisvastuu on kansainvälisesti tarkasteltuna hyvin pienillä yksiköillä, kunnilla tai kuntayhtymillä, jonka vuoksi terveydenhuolto on hyvin alueellisesti hajaantunutta Suomessa. Hajaantumisen vuoksi taloudelliset ja henkilöstölliset voimavarat ovat jakautuneet epätasaisesti. Erityisesti harvaan asutuilla alueilla kärsitään hoitohenkilökunnan pulasta, sillä hoitohenkilöstövoimavarat ovat keskittyneet kaupunkialueille, jonne myös erikoissairaanhoidon järjestäminen on keskitetty. (OECD 2017; Saltman & Teperi 2016.) Tiheään asutuilla kaupunkialueilla yksityisen- ja työterveyspalveluiden saatavuus on harvaan asuttuja alueita parempaa, mikä lisää näiden palveluiden käyttöä. Isoilla väestöpohjilla järjestetyillä alueilla ei synny pienten sairaanhoitopiirien kaltaisia kustannuspaineita palveluiden järjestämisestä. Hajautetun järjestämisvastuun vuoksi julkiset terveyspalvelut eroavat paikoin järjestämistavoiltaan ja laadultaan toisistaan. Osissa maata kärsitäänkin heikentyneistä peruspalveluista, mikä on osaltaan vaikuttanut terveyserojen alueelliseen kasvuun. (Nguyen & Seppälä 2014, 196, 204; Saltman & Teperi 2016.)

Myös terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuus vaikuttaa osin ohjaavan terveyspalveluiden käyttöä ja ylläpitää eriarvoisuutta (Pekurinen ym. 2011, 11, 102). Korkeiden omavastuuosuudet voivat koitua ongelmallisiksi pienituloisille, joille suurin maksurasite kohdistuu (Blomberg & Hiilamo 2012, 81; Hetemaa ym. 2018, 21, 105, 118, 123). Asiaksmaksupolitiikalla on Suomessa pyritty asettamaan kohtuullisista asiakasmaksuista, jotka eivät ohjaisi palveluiden käyttöä. Poliittisista linjauksista huolimatta terveydenhuollon asiakasmaksujen on havaittu jakautuvan epätasaisesti ja epäoikeudenmukaisesti maan sisällä kohdentuen pienituloisille. Asiaksmaksulainsäädäntö mahdollistaisi maksuhelpotusten ja vapautusten anomisen, mutta lainsäädäntö on palveluiden käyttäjien kuin asiantuntijoiden keskuudessa heikosti tunnettu, jolloin siitä saatavia potentiaalisia hyötyjä ei ole onnistuneesti kohdennettu niitä tarvitseville. Toinen keskeinen epäkohta asiaksmaksupolitiikassa on

kunnille annettu suuri vapaus määrittää itse perimänsä asiakasmaksut laissa säädettyjen enimmäismäärien rajoissa tai olla perimättä niitä lainkaan. Tämän johdosta asiakasmaksujen määräytymisessä on nähtävillä alueellista eriytymistä, kun osa kunnista on luopunut kokonaan terveyskeskussmaksujen perimisestä. Näin ollen se, että terveydenhuollon asiakasmaksut toimivat esteenä tarkoituksenmukaiselle palveluiden käytölle, johtuu ennen kaikkea palveluiden järjestämistavoista ja asiakasmaksupoliittisista ratkaisuista, kuin palveluiden käyttäjien taloudellisesta tilanteesta. (Hetemaa ym. 2018, 118–119; Pekurinen ym. 2011, 24–26.)

Kuitenkin ongelmat terveyskeskuspalveluiden saatavuuksissa nähdään olevan asiakasmaksujakin suurempi este palveluiden käytölle (Manderbacka, Muuri ym. 2012; OECD 2017, 11; Pelttari & Kaila 2014, 20–23). Terveyskeskusten palveluiden saatavuuden ongelmia on pyritty ratkaisemaan muun muassa vuonna 2005 käyttöön otetun hoitotakuun avulla, jossa on säädetty hoitoon pääsyn määräajoista (Klavirus 2010, 29; STMb). Kuitenkaan varmaa näyttöä parantuneesta saatavuudesta ei juuri-kaan ole (Raivio ym. 2014). Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyssä on tapahtunut hieman positiivista kehitystä, mutta yhteydenotto hoitopaikkaan on paikoin edelleen hankalaa ja terveyskeskuspalveluissa esiintyy edelleen eniten hoitopääsyn ongelmia ja tyytymättömyyttä tähän. Vuonna 2009 hoidon saamista eniten estivät palveluiden saatavuuden ongelmat, eli puutteet saatavuudessa tai etäisyydet. (Klavirus 2010, 29, 35; Nguyen & Seppälä 2014, 198; Pelttari & Kaila 2014, 23; Raivio ym. 2014.)

Niin ikään OECD:n (2017) selvityksen mukaan Suomessa pitkät odotusajat terveyskeskuspalveluihin nousivat keskeiseksi tyydyttymättömyyttä aiheuttavaksi tekijäksi. Vuonna 2014 tehdyn Lääkäriliiton tutkimuksen mukaan väestön mielipiteet hoidon pääsyn ongelmista eivät olleet muuttuneet kahden vuoden takaisesta (Lääkäriliitto). Samaten laaja 14 vuoden seurantatutkimus julkisten terveyskeskuspalveluiden saatavuudesta osoitti, etteivät väestön tyytyväisyys tai palveluiden saatavuus kohentuneet ajanjaksolla (Raivio, Jääskeläinen, Holmberg-Martilla & Mattila 2014). Näyttääkin sille, että tässä tutkimuksessa käytettävän aineistonkeruun lähivuosina terveyskeskuksen hoitopääsy hoitoketjun alussa vaikutti olevan hankalaa (Nguyen & Seppälä 2014; Pelttari & Kaila 2014, 28).

On hyvä muistaa, etteivät saatavuuden ongelmat kerro heikosta hoidon laadusta eivätkä myöskään vähäisestä tyytyväisyydestä terveyspalveluihin tai julkiseen terveydenhuoltoon ylipäätään. Kohtuuttoman kauan palveluihin jonottaneiden on silti havaittu pitävän julkisten palveluiden laatua hyvänä tai ainakin tyydyttävänä. (Nguyen & Seppälä 2014, 204.)

Kuten edellisessä luvussa 3.1 esitettiin, pyritään sote-uudistuksen palveluintegraatiolla yhdistämään hoitoketjuja sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla nykyistä saumattomiksi kokonaisuuksiksi. Integraatiolla viitataan tässä tutkimuksessa saumattomaan palveluketjuun. Tällä hetkellä terveydenhuollossa palveluketjuissa on todettu olevan monia puutteita, jotka myös osaltaan vaikuttavat palveluiden saamiseen ja mahdollisesti hoitoon hakeutumiseen väestöryhmien keskuudessa. Tiedonsiirto on etenkin eri toimijoiden välillä hankalaa tietojärjestelmien yhteensopimattomuuden ja tietosuojalainsäädännön vuoksi. (Virtanen ym. 2017, 8–9, 26–27.) Koska nykyisellään perusterveydenhuollon palveluita toteutetaan kolmessa eri järjestelmässä, voi käyttäjällä olla useita erillisiä palveluketjuja. Kuitenkin edellä esitettyjen ongelmien ja järjestelmien hajanaisuuden sekä eriytyneisyyden vuoksi palvelukokonaisuus ei muodosta saumatonta kokonaisuutta palveluiden käyttäjän eduksi. (Ruuska & Haukkaa-Haara 2004, 27–28.)

Eniten hoidon saamisen esteitä on havaittu kokevan paljon palveluita käyttävien, pitkäaikaissairaiden, masennusoireista kärsivien ja toimeentulovaikeuksien kanssa kamppailevien. Kun esteiden kokemista on suhteutettu palvelutuottajiin, on havaittu niiden kokemisen painottuvan terveyskeskuspalveluissa asioiville. (Aalto, Vehko ym. 2017.) Sosioekonomisen aseman, terveydentilan ja palveluiden käytön lisäksi muut terveyspalveluiden käyttäjään liittyvät seikat voivat vaikuttaa palveluiden piiriin hakeutumiselle. Esimerkiksi aikaisemmat kokemukset palveluista voivat ohjata ja estää palveluiden käyttöä. Hoitoon hakeutumista voi vastavuorisesti ohjata potentiaaliseen palvelutarjoajaan liittyvät seikat, kuten sen ominaisuudet ja toimintamallit. (Manderbacka, Aalto ym. 2017; Nguyen & Seppälä 2014.) Toisaalta väestöryhmittäiset erot palveluiden käytössä voivat selittyä saatavuuden lisäksi esimerkiksi kyvyllä hyödyntää ja omaksua terveystietoa sekä navigoida järjestelmässä ja vaatia hoitoa osakseen. Kyseiset kyvyt ovat perinteisesti laajemmin hallussa korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. (Klavus 2010, 81–82; Manderbacka, Aalto ym. 2017; OECD 2017.)

Vaikka tässä luvussa esitetysti suomalainen terveydenhuolto- ja asiakasmaksupolitiikka on paikoin eriarvoistava ja ne osaltaan tuottavat sekä ylläpitävät monia edellä kuvattuja saatavuuden esteitä, on julkisten terveyspalveluiden laatu ja toiminta väestön silmissä pysynyt hyvänä. Terveydenhuolto vaikuttaa täyttävät pääosin sille asetetut tavoitteet tuottamalla kaikille saatavilla olevat laadukkaat julkisen terveydenhuollon palvelut edullisin asiakasmaksuin. (Klavus 2010, 42–43; Nguyen & Seppälä 2014, 204, 206.) Vaikka julkisten terveyskeskuspalveluiden saatavuudessa on ongelmia ja tyytymättömyyttä, koetaan palveluiden saatavuus väestössä suhteellisen hyvänä ja valtaosa käyttäjistä

kokee saavansa tarvitsemaansa hoitoa (Lääkäriliitto; Raivio ym. 2014). Terveysthuoltojärjestelmä vaikuttaa pääosin tukevan sosiaalisen oikeudenmukaisuutta ja toteuttaa asianmukaisesti sille asetettuja tavoitteita (Klavus 2010, 42–43; Nguyen & Seppälä 2014, 204, 206). Myös rahoitusjärjestelmän monikanavaisuuden etuna voidaan pitää sen vakautta ja raharasitteen jakautumista usealle toimijalle (Pekurinen ym. 2011, 22, 25).

4 AIKAISEMPI TUTKIMUS LUOTTAMUKSESTA JA TERVEYDENHUOLLOSTA

Terveydenhuollossa tarvitaan luottamusta moniin eri tarkoituksiin (Gille ym. 2017; Meyer ym. 2008; Ozawa & Sripad 2013). Kuten edellisissä luvuissa todettiin, luottamus lieventää epävarmuutta ja lisää elämän ennakoitavuutta. Terveydenhuoltoa kohtaan tunnettu luottamus auttaa siten lieventämään sairauksien tuomaa ahdistusta ja epävarmuutta (Hall 2001), jolloin se tuo tasapainoa niihin liittyvien riskien hallintaan (Calnan & Rowe 2008, 2–3). Korkea luottamus terveydenhuoltoon yhdistyykin palvelujärjestelmän toiminnan ja käyttäjien omalta kannalta edulliseen toimintaan, kuten palveluiden tarkoituksenmukaiseen käyttöön sekä hoitosuhteeseen sitoutumiseen (Ozawa & Sripad 2013) että positiiviseen terveydentilaan ja terveyskäyttäytymiseen (Ahnquist, Wamala & Lindström 2008; LaVeist, Isaac & Williams 2009; Lindström & Janzon 2007).

Vaikka luottamus terveydenhuoltoon on yhteydessä moniin kansanterveydellisesti merkittäviin osa-alueisiin ja toisaalta myös terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden kannalta tärkeää, on luottamuksen systemaattinen tutkiminen suhteellisen uutta (Goudge & Gilson 2005). Seuraavaksi esitellään tarkemmin luottamusta terveydenhuoltoon käsitteleviä tutkimuksia. Ensin tarkastellaan kansainvälisiä tutkimuksia, jonka jälkeen siirrytään kotimaisten tutkimusten erittelyyn. Tarkoituksena on kartoittaa, millaista tutkimusta luottamuksesta terveydenhuollossa on tehty, ja millaisena luottamus näissä näyttäytyy. Lopuksi tehdään yhteenvetoa käsitellyistä tutkimuksista.

4.1 Kansainvälinen tutkimus

Luottamusta terveydenhuoltoon ja sen eri osa-alueisiin on tutkittu suhteellisen monipuolisesti kansainvälisesti (Birkhäuser ym. 2017; Ozawa & Sripad 2013). Keskeisimpiä tutkimusalueita ovat olleet palveluiden käyttäjän ja hoitohenkilöstön tai käyttäjän ja palveluntuottajan välinen luottamus (Brennan ym. 2013). Etenkin Iso-Britanniassa terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuneet mediaskandaalit ja sairaanhoidon puutteet ovat lisänneet terveystieteiden kiinnostusta luottamuksen tutkimiseen ja toisaalta nostaneet luottamuksen tärkeyden yhteiskunnallisen keskustelun keskiöön (Calnan & Sanford 2004; Gille ym. 2017).

Luottamusta terveydenhuoltoon on tutkittu kansainvälisesti eri maita vertailevasti. Calnan ja Sanford (2004) ovat tutkineet Englannin ja Walesin terveydenhuoltoon luottamista mittaamalla luottamusta sen eri ulottuvuuksien kautta. Tutkimus oli osa laajempaa kansainvälistä tutkimusta, jossa

vertailtiin luottamusta Englannin, Saksan ja Alankomaiden terveydenhuoltoon. Samaista aineistoa oli hyödynnetty myös aikaisemmin Calnan ja Rowen (2008) tutkimuksessa. Englannin terveydenhuoltojärjestelmä oli tutkimusta edeltävänä ajanjaksolla ollut mediassa paljon esillä sen epäkohtien vuoksi. Erityisesti palveluiden rahoittaminen ja järjestäminen olivat kritiikin kohteina. Vastaajat arvioivat luottavansa terveydenhuoltoon melko paljon. Luottamus laski kysyttäessä kuinka paljon vastaajat arvioivat luottavansa terveydenhuoltoon tulevaisuudessa. Ajanjaksolle sattuneet mediaskandaalit eivät vaikuttaneet luottamuksen määrään. Sen sijaan terveydenhuollon rahoituksen kiristyminen ja siihen tehtävät leikkaukset, pitkät jonotusajat vastaanotolle ja kohoavat asiakasmaksut olivat luottamukseen yhteydessä sitä heikentävästi. Luottamusta tarkasteltiin myös sosiodemografisten tekijöiden suhteen. Ikääntyminen ja hyvä terveydentila näyttivät yhdistyvän korkeaan luottamukseen. Demografisten tekijöiden vakioimisen jälkeen luottamusta selitti yksityinen sairauskuluvakuutus ja terveydentila. (Calnan & Sanford 2004.)

Terveydentilan ja luottamuksen välisten yhteyksien tarkastelu kansainvälisissä tutkimuksissa on niukkaa ja hajanaista. Aihepiirin poikkileikkausasetelmallisissa tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että institutionaalinen luottamus olisi interpersoonallista luottamusta merkitsevämpää terveyskäyttäytymisen kannalta (Ahnquist, Wamala & Lindström 2010). On mahdollista, että institutionaalinen luottamus on yhteydessä terveydenhuollon välittämien terveyssuositusten, sekä hoitohenkilöiltä saatujen hoitosuositusten noudattamiseen (Ahnquist, Lindström & Wamala 2008). Ahnquist, Wamala ja Lindström (2010) ovat tutkineet terveydenhuoltoa kohtaan tunnetun institutionaalisen luottamuksen mahdollisia yhteyksiä psyykkiseen oireiluun poikkileikkaustutkimuksella. Tutkimustulokset osoittivat psyykkisen oireilun vähenevän, mitä enemmän terveydenhuoltoon luotettiin. Vähäisen luottamuksen ja psyykkisen oireilun välillä näytti olevan selvä yhteys. Logistiseen regressiomalliin lisättiin interpersoonallisen luottamuksen lisäksi sosioekonomisia ja demografisia tekijöitä, mutta yhteys vähäisen terveydenhuoltoon luottamisen ja psyykkisen oireilun välillä säilyi lisäyksestä huolimatta tilastollisesti merkitsevä. Tulokset terveydentilan ja luottamuksen välisistä yhteyksistä ovat samansuuntaisia kyseisten tutkijoiden aikaisempaan tutkimukseen institutionaalisen luottamuksen yhteydestä alkoholin käyttöön (Ahnquist, Lindström & Wamala 2008), jossa alhainen institutionaalinen luottamus oli yhteydessä haitalliseen alkoholinkulutukseen. Tutkimuksen mielenkiintoinen havainto on myös se, ettei vakioimalla korkea interpersoonallinen luottamus institutionaalisen luottamuksen suhteen heikentänyt haitalliseen alkoholinkäyttöön ja vähäisen institutionaalisen luottamuksen välistä yhteyttä. Niin ikään Lindströmin ja Jazonin (2007) tutkimuksessa sosiaalisen

pääoman, institutionaalisen luottamuksen ja tupakoinnin välisistä yhteyksistä havaittiin, että alhainen luottamus terveydenhuoltoon lisää riskiä tupakoida.

Luottamusta on tutkittu harvemmin epäluottamuksen näkökulmasta. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin luottamuksen ja terveyspalveluiden alikäytön yhteyttä (LaVeist ym. 2001). Terveyspalveluiden alikäyttöä tarkasteltiin erilaisten terveyspalveluiden käyttöön kohdistuvien kysymysten kautta, kuten saatujen ohjeistusten noudattamiseen ja hoitoon hakeutumiseen liittyen. Tutkimuksessa havaittiin yhteys epäluottamuksen ja palveluiden alikäytön välillä. Epäluottamus palvelujärjestelmää kohtaan oli tulosten mukaan yhteydessä hoitoon hakeutumisen sekä hoito-ohjeiden noudattamisen kanssa. Tutkijat arvelivat epäluottamuksen viivästyttävät hoitoon hakeutumista ja täten heikentävän terveyttä entisestään. (LaVeist ym. 2001.)

Kansainvälisistä, laadullisista haastattelututkimuksista löytyy jonkin verran vertailevaa tutkimusta luottamuksesta säännölliseen ja kiireelliseen hoitoon eri toimintaympäristöissä (Meyer & Ward, 2013; Ward ym. 2015; Calnan & Rowe 2008). Laadullisten haastattelututkimusten kautta on havaittu terveydenhuollon eri osajärjestelmiä koskevia eroja luottamuksessa. Vaikka tutkimuksia on tehty hyvin erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä, eivätkä ne siten tai tutkimusasetelmiltaan ole täysin vertailukelpoisia, on tutkimuksissa havaittu terveysriskin suuruuden määrittävän luottamuksen muotoa.

Akuuteissa tilanteissa terveydenhuollon käyttäjät ovat tunnistaneet olevansa hyvinkin riippuvaisia saamastaan hoidosta. Seurauksena luottamusta sävyttää riippuvuuden elementit tarvittavasta hoidosta. Tämän kaltaisissa tilanteissa luottamus terveydenhuollon instituutioon auttaa muodostamaan interpersoonallista luottamusta hoitohenkilöstöön, jonka avulla uskalletaan antautua haavoittuvuudelle ja olla hoitavasta henkilöstöstä. (Meyer & Ward 2013.) Lääkärikäynnin ollessa rutiniinomainen, kuten seurankäynti, jossa riskin mahdollisuus on pieni, luottamus ei heijastele riippuvuutta. Sen sijaan seurantakäyntien yhteydessä luottamusta terveydenhuoltoon määrittävät pitkälti käyttäjän tekemät arviot hoitohenkilökunnan kyvykkyydestä, näiden tuttuus ja aikaisemmat palvelukokemukset. (Calnan & Rowe 2008; Meyer & Ward 2013.) Toisaalta lääkärisuhteen jatkuvuuden ja luottamuksen välisistä yhteyksistä on saatu myös päinvastaisia tuloksia. Hall ym. (2001) esittävät artikkelissaan liudan tutkimuksia, joissa luottamusta ei määrittänyt se, kuinka hyvin palveluiden käyttäjä tunsii lääkärinsä. Sen sijaan vapaus valita hoitava lääkäri ennusti jatkuvuutta paremmin luottamusta. (Hall ym. 2001.)

Mielenkiintoisesti australialaisessa tutkimuksessa (Ward ym. 2015) sairaalan käyttäjien luottamus järjestelmään oli positiivisesti sävyttynyt negatiivisista kokemuksista huolimatta. Käyttäjät tunnistiivat julkisen puolen ongelmakohdat, mutta hyväksyivät ne silti, tosin esittäen sairaalan negatiivisesti koettuihin toimintamalleihin puolustavia perusteluita. Wardin ym. (2015) mukaan optimismi toimi tässä yhteydessä keinona säilyttää luottamus, sillä sen menettämiselle ei ollut varaa. Yksityisen puolen käyttäjien puheessa ei ilmennyt samankaltaista riippuvaisuusasetelmaa, kuin julkisen sairaalan käyttäjillä (Ward ym. 2015).

Myös Calnan ja Rowe (2008, 59–60) ovat päätyneet tutkimuksessaan osittain samankaltaisiin tuloksiin kuin Meyer ja Ward (2013). Englantilaisessa tutkimuksessa haastateltiin julkisen terveydenhuollon palveluiden käyttäjiä, jotka olivat joko tyypin kaksi diabetesta sairastavia perusterveydenhuollon käyttäjiä tai lonkkaleikkauksessa olleita erikoissairaanhoidon käyttäjiä. Tutkimuksessa diabetesta sairastavat eivät määrittäneet luottamusta hoitosuhteen keston mukaan toisin kuin pitkäaikaissairaat Meyerin ja Wardin (2013) tutkimuksessa. Tätä tärkeämpää olivat positiiviset kokemukset palveluista (Meyer & Ward 2013, 149). Calnan ja Rowen (2008, 63, 149) tutkimuksessa säännöllisessä hoidossa hoitohenkilöstön ja palveluiden käyttäjän välistä suhdetta kuvattiin kumppanuuden kaltaiseksi, kun taas leikkaushoidossa suhde perustui pitkälti Meyerin ja Wardin (2013) tutkimuksen mukaisesti riippuvaisuuteen.

Edellä eriteltyjä kansainvälisiä tutkimuksia on tehty hyvin erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä, joissa palveluiden hallinnollinen järjestäminen, kuten rahoitustavat, vaihtelevat suuresti. Tämän vuoksi myös palveluiden käyttäjien asema ja oikeudet palveluihin vaihtelevat ja eroavat suuresti Suomen mallista. Myös kulttuurilliset erot ja instituutioiden historialliset vaiheet, kuin niiden toiminnan oikeudenmukaisuus, voivat muokata luottamusta kansallisesti uniikkiin suuntaa. Myös se, mitä pidetään luotettavana ja mitä itse luottamus merkitsee, vaihtelee eri yhteiskunnissa. (Kouvo & Kankainen 2009; Sztompka 1999, 43, 69, 99.) Näiden seikkojen ja terveydenhuoltojärjestelmien omalaatuisuuden vuoksi hyvin erilaisissa konteksteissa tehdyt tutkimukset antavat lähinnä suunta- viivoja luottamuksen näyttäytymisestä eri terveydenhuoltojärjestelmissä, eikä tuloksia tule suora- viivaisesti yleistää koskemaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmää.

4.2 Kotimainen tutkimus

Kotimaisissa tutkimuksissa luottamusta on tutkittu suppeammin kuin kansainvälisesti. Kansainvälisistä tutkimuksista löytyy jonkin verran laadullista tutkimusta luottamuksesta terveydenhuoltojärjestelmään, mutta kotimaista laadullista tutkimusta aiheesta ei ole juurikaan tehty. Muutamat kotimaiset laadulliset tutkimukset tarkastelevat interpersoonallista luottamusta palveluiden käyttäjän ja hoitohenkilöstön välillä (esim. Vaittinen 2011; Zechner 2007, 146–166). Kuitenkin valtaosa tutkimuksista on tehty kvantitatiivisin menetelmin poikkileikkausasetelmaa käyttäen. Tutkimuksissa on pääasiallisesti keskitytty tarkastelemaan institutionaalista luottamusta sekä kuvaamaan, mitkä yksilötason tekijät selittävät luottamusta. Kotimaisissa tutkimuksissa luottamusta ei ole tarkasteltu juurikaan epäluottamuksen näkökulmasta, mutta kuitenkin esitetyistä tutkimuksista voidaan havaita, keillä tarkastelluissa olleista ryhmistä luottamuksen tunteminen oli heikointa tai vastaavasti mitkä tekijät toimivat kenties luottamusta heikentävästi.

Luottamus Suomen julkiseen terveydenhuoltoon näyttäytyy tutkimusten perusteella korkealle. Kankainen (2007, 79) havaitsi väitöskirjassaan, että valtaosa - noin 60 prosenttia väestöstä - luotti terveydenhuoltoon melko ja erittäin paljon. Vaikka suurin osa vastaajista tunsikin korkeaa luottamusta terveydenhuoltoon kohtaan, arvio jopa 40 prosenttia vastaajista terveydenhuollon olleen ennen luotettavampi. Myös Niemelän (2012) kartoitus terveystalouteen liittyvästä asenne- ja mielipideilmastosta havaitsi, että reilu enemmistö (70 %) suomalaisista luotti julkiseen terveydenhuoltoon. Luottamuksen aste näytti pysyneen tasaisena vuodesta 2009 vuoteen 2011. Muihin yhteiskunnallisiin instituutioihin verrattuna terveydenhuoltoon luotettiin melko paljon, sillä terveydenhuolto sijoittui vertailussa neljänneksi. Vain poliisi, puolustusvoimat ja Kansaneläkelaitos menivät vertailussa julkisen terveydenhuollon edelle. (Niemelä 2012.) Myös sosiaalipalveluihin verrattuna terveydenhuoltoa ja sen palveluiden saamiseen luotetaan sosiaalihuoltoa enemmän (Aalto, Manderbacka ym. 2016; Vilkkonen, Finne-Soveri & Heinola 2010, 54–55). Myös Kivisalmen (2017) pro gradu -tutkielman tulokset osoittivat terveydenhuoltoon kohtaan tunnetun luottamuksen nousseen vuodesta 2009 vuoteen 2014. Niin ikään uusimmat FinSote-tutkimuksen tulokset vahvistavat terveystalouden luottamuksen olevan edelleen nykypäivänä korkeaa (Penttilä-Nikula ym. 2018).

Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella näyttää siltä, että luottamus julkiseen terveydenhuoltoon on ainakin pysynyt tasaisen korkeana viime vuosina. Vastaavasti alueellista vaihtelua luottamuksesta terveydenhuoltoon on tarkasteltu niukasti ja erilaisin aluemuuttujin, jonka vuoksi luottamuksen alueellisesta vaihtelusta on vaikeaa tehdä johtopäätöksiä. Kankaisen (2007) tutkimuksessa asukasluvultaan suurimmissa kunnissa asuvat luottivat terveydenhuoltoon (58 %) vähemmän

kuin pienemmissä kunnissa (64 %) asuvat. Myös Kauppinen ja Karvonen (2014, 92) havaitsivat epäluottamusta esiintyvän eniten harvaan asutulla maaseutualueella. Vastaavasti Niemelä (2015) ei havainnut tutkimuksessaan suuralueittaista vaihtelua luottamuksessa julkiseen terveydenhuoltoon.

Tässä tutkimuksessa käytettävää, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -aineistoa, on aikaisemmin käytetty THL:n toteuttamassa tutkimuksessa koskien väestön mielipiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisesta (Aalto, Manderbacka ym. 2016). Tutkimuksessa yhtenä tarkastelun kohteena oli luottamus julkiseen palvelujärjestelmään ja palveluiden saatavuuteen väestöryhmittäin. Enemmistö vastaajista (81 %) luotti henkilöstön ammattitaitoon ja terveyspalveluiden tasavertaisuuden lisäämiseen (78 %). Väestöryhmittäisessä tarkastelussa havaittiin selkeitä eroja sosioekonomisen aseman mukaan. Työttömillä ja toimeentulovaikeuksia kokeneilla luottamus henkilöstön ammattitaitoon, palveluiden toimivuuteen sekä kiireelliseen ja säännölliseen hoitoon oli alhaisinta. He myös suhtautuivat muita ryhmiä epäluottavaisemmin palveluiden toimivuuteen. Korkeammin kouluttautuneet sen sijaan luottivat palvelujärjestelmään kokonaisuudessaan enemmän ja luottivat sen lisäävän yhteiskunnallista tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta alemmin kouluttautuneita ja toimeentulovaikeuksia kokeneita useammin. (Aalto, Manderbacka ym. 2016.)

Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu viitteitä luottamuksen ja sosioekonomisen aseman välisistä yhteyksistä. Niemelän (2015) pro gradu -tutkielman tuloksista ilmeni, että korkea-asteen koulutuksen saaneet (60 %) luottivat terveydenhuoltojärjestelmään hieman toisen ja perusasteen koulutuksen saaneita (55 %) enemmän. Niin ikään Harjuniemen (1971) tutkimuksessa luottamus sairaalatoiminnan tasapuoleisuuteen oli korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olleilla korkeinta. Kivisalmen (2017) pro gradun tulokset tukivat osittain Niemelän (2015) tuloksia luottamuksen koulutusryhmittäisistä eroista. Kivisalmen (2017) tutkimuksessa mielenkiintoisesti työssäolon ja luottamuksen keskinäisissä tarkasteluissa ilmeni, että terveydenhuoltoon erittäin ja melko paljon luottavia oli selvästi eniten työttömien (81,6 %) ja lomautettujen (80 %) ryhmissä. Samansuuntaisia tuloksia oli myös Niemelän (2015) tutkimuksessa, mutta erot ryhmien välillä pysyivät maltillisena, kun taas Kivisalmen (2017) tutkimuksessa erot ryhmien välillä olivat näkyvämpiä.

Kotimaisissa tutkimuksissa luottamuksen ja terveyden välisiä yhteyksiä on tarkasteltu löyhästi. Niemelän (2015, 35) tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että terveytensä hyväksi kokevat raportoivat korkeampaa luottamusta kuin terveytensä heikoksi kokevat. Samaten Niemisen (2015, 60, 62–63) väitöskirjatutkimuksessa havaittiin, että sosiaalinen pääoma oli yhteydessä terveyskäyttäytymiseen.

Tutkimuksessa sosiaalista pääomaa mitattiin sen eri ulottuvuuksilla, joista yksi oli luottamus. Tuloksissa havaittiin, että vastaajat joilla oli sekä sosiaalista pääomaa, että krooninen sairaus arvioivat terveytensä sairaudesta huolimatta paremmaksi kuin ne vastaajat, jotka olivat sairaita mutta ilman sosiaalista pääomaa. Lisäksi luottamus oli yhteydessä itsearvioituun terveyteen ja mielenterveyteen. (Nieminen 2015, 54–57.) Tuloksista päätellen sosiaalinen pääoma toimii terveyttä edistävällä tavalla ja kasautuu luottamuksen paradoksin mukaisesti väestössä parempiosaisille. Nieminen (2015, 75) huomauttaa kuitenkin, ettei sosiaalinen pääoma johda suoraan parempaan terveyteen, vaan sen terveyttä edistävät vaikutukset ovat välillisiä ja ihmisten täytyy kyetä hyödyntämään sosiaalisen pääoman terveyttään hyödyttävästi.

Palveluiden käyttökokemusten ja luottamuksen välisten yhteyksien tarkastelu on ollut kotimaisessa tutkimuksessa vähäistä. Kuitenkin on saatu viitteitä siitä, että palveluiden käyttökokemuksiin liittyvän tyytymättömyys on yhteydessä tunnettuun epäluottamukseen terveyden- tai sairaanhoitoon (Harjuniemi 1971; Niemelä 2015). Harjuniemen (1971) tutkimuksen tulokset osoittivat, että luottamus sairaalatoiminnan oikeudenmukaisuuteen ja tasapuolisuuteen oli korkeinta vastaajilla, joilla on myönteisiä kokemuksia palveluista. Kielteisten kokemusten myötä myös epäluottamus näytti yleistyvän. Joka toinen kielteisen kokemuksen kokenut epäili tasapuolisuuden toteutumista sairaalatoiminnassa. (Harjuniemi 1971.) Myös Niemelän (2015) tutkimuksessa lääkärin vastaanotolla saamaansa hoitoon tyytymättömät vastaajat raportoivat eniten epäluottamusta julkiseen terveydenhuoltoon.

Kuitenkin palveluiden käyttömäärien suhteesta luottamukseen terveydenhuoltoon on saatu ristiriitaisia tuloksia niissä muutamissa tutkimuksissa, joissa ne ovat olleet tarkasteluissa mukana. Niemelän (2015) tutkimuksessa palveluiden käyttömäärä ei ollut yhteydessä terveydenhuoltoa kohtaan tunnettuun luottamukseen, mutta vastaavasti Nuutinen (2008) havaitsi joitain viitteitä siitä, että mitä enemmän terveyskeskuskäyntejä oli ollut viimeisen vuoden aikana, sitä todennäköisemmin sinne hakeuduttaisiin jatkossakin. Toisaalta tuloksiin tulee suhtautua varoen, sillä luottamusta oli tarkasteltu Nuutisen (2008) tutkimuksessa sen perusteella, mihin vastaajat todennäköisemmin hakeutuisivat hoitoon, jonka vuoksi sitä ei voi pitää täysin verrannollisena Niemelän (2015) käyttämän luottamuksen indikaattorin kanssa.

Luottamusta julkiseen terveydenhuoltoon on tutkittu myös palveluntuottajia vertailevasti. Laamasen ym. (2006) tutkimuksessa vertailuun otettiin mukaan kaksi kunnan järjestämää ja ylläpitämää

terveyskeskusta ja yksi voittoa tavoittelemattoman järjestön ylläpitämä terveyskeskus. Tutkimuksesta kävi ilmi, että voittoa tavoittelemattoman palveluntuottajan käyttäjäkunta oli kunnallisia palveluita käyttäviä tyytyväisempiä ja luottivat järjestelmään eniten. Kolmasosa riippumattoman palveluntuottajan käyttäjistä luotti kyseiseen palveluntuottajaan paljon, kun taas kunnallisiin palveluntuottajiin luotti alle neljännes vastanneista. Voittoa tavoittelemattoman palveluntuottajan järjestämiä terveyskeskuspalveluita käyttävät arvioivat palvelujen saatavuuden ja laadun paremmiksi. Kunnan palveluiden ulkoistaminen ei näyttänyt vaikuttavan näkemyksiin palveluntuottajasta. Palveluntuottajan merkitys luottamukseen hävisi kuitenkin, kun tarkasteluun otettiin mukaan myös omalääkärin vastaanotolla käynti. Tutkijat toteavatkin, että vaikka palveluiden järjestämistapa ja kokemukset palveluiden tuomista terveyshyödyistä ovat tutkimuksen mukaan yhteydessä luottamukseen, niin eniten siihen vaikuttaa lääkärisuhteen pysyvyys. (Laamanen ym. 2006.)

4.3 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista

Luottamusta terveydenhuoltoon on tutkittu Suomessa kuin kansainvälisesti monista eri näkökulmista ja eri tutkimusasetelmia käyttäen. Kvalitatiiviset tutkimukset toteutetaan useimmiten haastatteluina, kun taas kvantitatiivisissa hyödynnetään valmiita aineistoja, yhdistetään näitä tai kerätään aineistot itse. Kvantitatiiviset tutkimukset on toteutettu useimmiten poikkileikkaustutkimuksena, jonka vuoksi luottamuksen kausaalisuudesta ei voida tehdä päätelmiä. Molemmista menetelmistä löytyy myös kirjallisuuskatsauksia ja meta-analyysseja. (Birkhäuer ym. 2017; Ozawa ja Sripad 2013.) Keskeiset kiinnostuksen kohteet tutkimuksissa ovat olleet institutionaalinen luottamus terveydenhuoltoon järjestelmänä sekä interspersonallinen luottamus terveydenhuollon hoitohenkilöstöön. Luottamusta on tutkittu kysymällä sitä suoraan monivalintavaihtoehdoin, käyttämällä sosiologista pääomaa luottamuksen mittarina ja tutkimalla luottamusta tasapuolisuuden ja oikeudenmukaisuuden kautta. (mm. Birkhäuer ym. 2017; Harjuniemi 1971; Kankainen 2007; Vaittinen 2011.)

Tämänhetkisen tutkimustiedon valossa luottamuksen kannalta merkitsevintä näyttäisivät olevan käyttäjäkokemukset ja palveluiden hyvä saatavuus. Kielteiset kokemukset palveluista ja niiden saatavuudesta yhdistyvät tutkimuksissa heikompaan luottamukseen terveydenhuoltoa kohtaan. (Harjuniemi 1971; Laamanen ym. 2006; Niemelä 2015.) Tutkimusta ei ole juurikaan tehty epäluottamuksen näkökulmasta tai siitä, kuinka epäluottamus heijastuu palveluiden käyttöön. Kuitenkin kansanvälisten tutkimusten perusteella epäluottamuksen tunteminen voi pahimmillaan viivästyttää hoitoon

hakeutumista tai johtaa siihen, ettei annettuja hoitosuosituksia noudateta. (Calnan & Rowe 2008; LaVeist ym. 2001.)

Kotimaisissa tutkimuksissa on useimmiten tutkittu luottamusta julkiseen terveydenhuoltoon, mutta tarkastelua on tehty myös terveystalouksia vertailevasti (Laamanen ym. 2006). Tästä huolimatta kotimaisissa tutkimuksissa on tutkittu luottamusta terveydenhuollon eri osajärjestelmiin hyvin niukasti. Tehdyissä tutkimuksissa terveydenhuolto on rajattu käsittämään pääasiassa julkisen terveydenhuollon, mutta tarkastelua on tehty myös palvelujärjestelmän osa-alueita tarkemmin erottelematta. Terveydenhuoltoa kohtaan tunnetun luottamuksen tarkasteleminen on toki tärkeää, kuten aikaisemmissa luvuissa todettiin. Kuitenkin tutkimusta tarvitaan erityisesti niistä näkökulmista, jotka kertoisivat tarkemmin terveydenhuollon palveluiden saatavuuden yhteyksistä luottamukseen. Luottamus järjestelmään kokonaisuudessaan antaa suhteellisen yksipuolisen kuvan luottamuksen kohdentumisesta, jonka vuoksi tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan luottamusta kiireellisen ja luottamusta säännöllisen hoidon saamiseen hoidon saamisen esteiden kautta. Käsiteltävien hoidon saamisen esteiden nähdään kuvastavan palveluiden saatavuuteen vaikuttavia tekijöitä – palveluiden saatavuuden ongelmia, järjestelmän puutteellista integraatiota ja asiakasmaksujen eriarvoista kohdentumista, kuten luvussa 3.2 todettiin. Aikaisemman tutkimukseen pohjalta tiedonpuutteena näyttäisikin olevan, kuinka kyseiset Suomen terveydenhuollossa keskeisiksi palveluiden oikeudenmukaista saatavuutta haittaaviksi tunnistetut tekijät ovat yhteydessä hoidon saamista kohtaan tunnettuun luottamukseen.

5 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka terveydenhuollon hoidon saannin esteet ovat yhteydessä luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Kyseisiä tekijöitä lähestytään tässä tutkimuksessa pääasiallisesti epäluottamuksen näkökulmasta. Toisena kiinnostuksen kohteena on, miten palveluiden käyttäjien asemaa terveydenhuollossa, niiden käyttöä ja henkilökohtaisia ominaisuuksia ilmaisevat muuttujat suhteutuvat hoidon saamista kohtaan tunnettuun epäluottamukseen.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka terveydenhuollon hoidon saannin esteet ovat yhteydessä luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen?
2. Miten sosioekonomiset ja demografiset tekijät, pitkäaikaissairaus, palveluiden käyttö sekä käyttöoikeus ovat yhteydessä epäluottamukseen hoidon saamiseen?

6 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Aineiston kuvaus

Tässä tutkimuksessa käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -kyselytutkimuksen aineistoa (Aalto, Muuri & Syrjä). Kyselyllä selvitettiin Suomessa asuvien kokemuksia ja näkemyksiä sosiaali- ja terveyspalveluista sekä kerättiin tietoa palveluiden käyttäjistä. Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -kyselytutkimus on ensimmäinen Suomessa toteutettu laaja väestötutkimus, jossa on keskitytty kyseisten asioiden selvittämiseen. (THLb 23.08.2017.)

Käytettävä aineisto on poikkileikkausasetelmassa yksinkertaisella satunnaisotannalla kerätty kvantitatiivinen aineisto (Tietoarkisto: Aineistoluettelo). Poikkileikkaustutkimuksella saadaan läpileikkaus väestöön ja sen ominaisuuksiin tietyllä ajankohdalla. Näin poikkileikkaustutkimus antaa kuvaa luottamuksen vallitsevuudesta tietyllä kertaluonteisella hetkellä. (Alkula ym. 1994, 162; Gordis 2014, 210.) Poikkileikkaustutkimus on aineiston keruutavoiltaan yksinkertainen ja nopeasti toteutettavissa. Se antaa kattavaa kuvaa tarkasteltavien asioiden sen hetkisestä vallitsevuudesta. (Alkula ym. 1994, 162.)

Aineiston keruu ajoittui ajanjaksolle 1.10.–18.12.2015 ja sen suoritti Tilastokeskus strukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Tutkimuksen tavoiteperusjoukko oli 18–79-vuotiaat Suomessa asuvat suomenkieliset henkilöt. Laitosväestö ei kuulunut otantaan. 6000 henkilön otos poimittiin Tilastokeskuksen tietokannasta satunnaisotannalla. Tietokannassa oli Suomen väestöä koskevia perustietoja. Kyselyyn vastaaminen tapahtui oman valinnan mukaan verkko- tai paperilomakkeeseen vastaamalla. Kyselyyn vastanneista 50,3 % (n = 1321) vastasi verkkolomaketta ja 49,7 % (n = 1305) paperilomaketta käyttäen. Näin ollen tutkimuksen vastausprosentti oli 43,8 % (n = 2626). (Aalto, Muuri & Syrjä; Tietoarkisto: Aineistoluettelo.)

Kyselylomake sisälsi 72 kysymystä, jotka oli jaoteltu kymmenen eri aihepiiriin mukaisiin osioihin. Tutkimuksen aihepiirit käsittelivät luottamusta sosiaali- ja terveydenhuoltoon, palvelujen vaikutusmahdollisuuksia ja asiakaslähtöisyyttä, terveys- ja sosiaalipalveluiden eri osajärjestelmien käyttöä ja kokemuksia palveluiden käytöstä sekä mielipiteitä sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksesta. Kyse-

lylomakkeessa luottamusta mitattiin esittämällä väittämiä sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta ja toiminnasta. Edellä mainittujen kysymysten lisäksi kysymyslomakkeessa kartoitettiin vastaajien terveydentilaa ja muita taustakysymyksiä, kuten syntymävuotta, siviilisäätyä, työtilannetta ja asumismuotoa. Osa vastaajien taustatiedoista poimittiin jälkikäteen asiantuntijoiden toimesta Tilastokeskuksen hallinnoimista rekistereistä ja liitettiin valmiiseen aineistoon. Näihin lukeutuivat ikä, sukupuoli, koulutustausta ja asuinpaikkakunta erilaisin maantieteellisin aluejaotteluin. (Aalto, Muuri & Syrjä; Tietoarkisto: Aineistoluettelo.)

Tätä tutkimusta tehdessä aineistosta on jätetty pois osiot, joissa vastaajilta kysyttiin mielipiteitä ja kokemuksia sosiaalipalveluista ja niiden käytöstä, vaikutusmahdollisuuksista ja palveluiden asiakaslähtöisyydestä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteista. Myös hammashuoltoa ja vanhushuoltoa käsittelevät kysymykset rajattiin tarkastelun ulkopuolelle. Rajauksen perusteluna oli, ettei kyseisten osioiden tarkasteleminen olisi ollut olennaisia tutkimusongelman kannalta, sillä tässä tutkimuksessa käsitellään yksinomaan terveydenhuoltoa hoidon saamisen näkökulmasta.

Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -aineistoa on aikaisemmin käytetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamissa tutkimuksissa, jotka ovat tarkastelleet väestön mielipiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta (Aalto, Junnila ym. 2016) sekä uudistamisesta (Aalto, Manderbacka ym. 2016). Aineistoa on lisäksi hyödynnetty THL:n Suomen sosiaalinen tila -raporttisarjan julkaisuissa (Hyppönen ym. 2016; Ilmarinen ym. 2016). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lisäksi aineistoa on aikaisemmin käytetty yhdessä kandidaatin koulutustason opinnäytetyössä (Tietoarkisto: Aineistoluettelo).

Aineisto oli saatavilla Tampereen yliopiston yhteydessä toimivasta Yhteiskuntatieteellisestä Tietoarkistosta. Tilastokeskus on poistanut aineistosta vastaajien tunnistamisen mahdollistavat tiedot ennen aineiston arkistointia Tietoarkistoon. Tietoarkiston tehtäviin lukeutuu muun muassa sähköisten tutkimusaineistojen arkistointi ja välittäminen erilaisiin opetus- ja tutkimustarkoituksiin. Toiminnallaan Tietoarkisto edistää arkistoitujen aineistojen hyödyntämistä eri alojen tutkimustarpeisiin ja lisää tiedonkulun läpinäkyvyyttä. (Tietoarkisto 24.08.2017; Tietoarkisto: Aineistoluettelo.) Aineiston käyttöoikeuksien saaminen vaati käyttö lupaa luovuttajalta, jotka myönnettiin tämän tutkimuksen tekijälle viikon kuluttua hakemuksen jättämisestä. Aineisto on luovutettu ilmoitettua käyt-

tötarkoitusta varten ja täten tutkija on sitoutunut noudattamaan sekä Yhteiskuntatieteellisen tietöarkiston käyttöluvasitomusta, että tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia eettisiä periaatteita.

6.2 Tutkimuksen muuttujat

Tässä alaluvussa esitellään tutkimuksessa käytetyt muuttujat ja mahdollisesti alkuperäisistä muuttujista tehty uudelleenluokittelut. Kuvailuja ja analyysija varten osa muuttujista luokiteltiin uudelleen yhdistäen tai luoden uusia luokkia sekä muodostamalla summamuuttujia. Ristiintaulukoinnin ja multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vuoksi uusien luokkien muodostaminen oli tarpeellista, jotta niiden oletukset toteutuivat (Heikkilä 2010, 133; Hosmer, Lemeshow & Sturdivant 2013, 269). Toisaalta luokkia yhdistämällä saadaan haluttu tieto tiiviimpään ja yksinkertaisempaan muotoon, mutta toisaalta taas näin kadotetaan tietoa. Tämän vuoksi luokkia ei yhdistelty turhaan. (Valtari 2006, 12–13.) Luokkien yhdistelyssä pyrittiinkin luokittelemaan muuttujista sisällöltään alkuperäisiä luokkia kuvastavia. Apuna luokkien uudelleen muodostamisessa käytettiin aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta.

6.2.1 Luottamus tarvittavan hoidon saamiseen

Kaikissa tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksissä käytettiin kahta selitettävää muuttujaa, jotka olivat *luottamus tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen* ja *luottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen*. Kyselylomakkeessa luottamusta tarvittaessa saataviin terveyspalveluihin kysyttiin kahdessa eri kysymyssarjassa, joissa esitettiin erilaisia väittämiä terveyspalveluihin liittyen. Luottamusta käsittelevän kysymysosion alussa terveyspalveluiden määritelmä oli avattu käsittämään terveyskeskukset ja sairaalat. Luottamusta tarvittavan kiireellisen ja luottamusta tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen oli kysytty vastaajilta seuraavasti:

Luotan siihen, että saan tarvittaessa kiireellistä hoitoa äkilliseen vakavaan sairauteen

ja

Luotan siihen, että saan tarvittaessa säännöllistä hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen (esim. kohonnut verenpaine). Vastausvaihtoehdot molempiin väittämiin olivat:

- 1) Täysin samaa mieltä
- 2) Jokseenkin samaa mieltä

- 3) Ei samaa eikä eri mieltä
- 4) Jokseenkin eri mieltä
- 5) Täysin eri mieltä.

Luokkia yhdistettiin ennen analysointia siten, että vastausvaihtoehdot 1 ja 2 muodostivat luottavien sekä 4 ja 5 muodostivat ei luottavien ryhmät. Vaihtoehto 3 säilytettiin ennallaan. Täten uusi luokittelu muodostui kolmiluokkaiseksi:

- 1) Luottaa
- 2) Ei osaa sanoa
- 3) Ei luota.

6.2.2 Sosioekonomiset ja demografiset taustamuuttujat

Sukupuoli

Vastaajien sukupuolta ei kysytty vastaajilta kyselylomakkeessa, vaan tiedot poimittiin aineiston keuruun jälkeen Tilastokeskuksen rekisteristä ja liitettiin aineistoon dikotomiseksi sukupuolimuuttujaksi, joka sai arvot:

- 1) Mies
- 2) Nainen.

Ikä

Vastaajien ikää tiedusteltiin kyselylomakkeessa epäsuorasti syntymävuoden muodossa. Syntymävuosimuuttujaa tarkoituksenmukaisempaa oli kuitenkin tässä tutkimuksessa tarkastella vastaajien ikää, minkä vuoksi aineistoon muodostettiin analyysija varten uusi ikämuuttuja, joka ilmaisee iän kronologisesti. Vastaajien ikä vaihteli 18–79-vuotiaiden välillä eikä puuttuvia vastauksia ollut. Ikä luokiteltiin kuuteen eri kymmenvuotisluokkaan seuraavasti:

- 1) 18–29-vuotiaat
- 2) 30–39-vuotiaat
- 3) 40–49-vuotiaat
- 4) 50–59-vuotiaat
- 5) 60–69-vuotiaat
- 6) 70–79-vuotiaat.

Koulutus

Koulutusta koskevat tiedot oli liitetty jälkikäteen Tilastokeskuksen toimesta. Alkuperäiset koulutusta määrittävät vaihtoehdot olivat:

- 1) Perusaste
- 3) Keskiaste
- 5) Alin korkea-aste
- 6) Alempi korkeakouluaste
- 7) Ylempi korkeakouluaste
- 8) Tutkijakouluaste.

Koulutusmuuttujan uudelleenluokituksessa otettiin mallia Aallon, Manderbackan ja kumppaneiden (2016) tutkimuksesta, jolloin uusi luokitus muodostui kolmiluokkaiseksi. Analysointia edeltävässä uudelleenluokittelussa luokat 1 ja 3 säilytettiin ennallaan. Luokat 5, 6 ja 7 yhdistettiin, jolloin koulutuksen uusi luokitus muodostui kolmiluokkaiseksi:

- 1) Perusaste
- 2) Keskiaste
- 3) Korkea-aste.

Työmarkkina-asema

Kyselylomakkeessa työllisyyttä kysyttiin vaihtoehtoin:

- 1) Kokoaikatyössä
- 2) Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä
- 3) Eläkkeellä iän perusteella
- 4) Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saaja
- 5) Työtön tai lomautettu
- 6) Perhevapaalla, kotiäiti tai -isä
- 7) Opiskelija
- 8) Asevelvollisuutta tai siviilipalvelusta suorittamassa
- 9) Joku muu, mikä?

Alkuperäisiä luokkia yhdistettiin taas Aallon, Manderbackan ja kollegoiden (2016) tutkimuksen mallin mukaisesti, jolloin luokat 1 ja 2 sekä 3, 4, 6, 7, 8 ja 9 yhdistettiin omiksi luokiksi. Luokka 5 säilytettiin ennallaan. Näin uudeksi luokituksiksi saatiin:

- 1) Työssä
- 2) Työtön
- 3) Muu.

Toimeentulovaikeudet

Toimeentulovaikeuksia kysyttiin kyselylomakkeessa seuraavasti:

Kotitaloudella voi olla erilaisia tulolähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla...

- 1) Erittäin hankalaa
- 2) Hankalaa
- 3) Melko hankalaa
- 4) Melko helppoa
- 5) Helppoa
- 6) Hyvin helppoa.

Myös tämän muuttujan kohdalla uudelleen luokittelulle mallia haettiin Aallon, Manderbackan ym. (2016) tutkimuksesta. Kyseisen tutkimuksen mukaisesti muuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi, jolloin se ilmaisi, onko vastaajalla ollut toimeentulovaikeuksia vai ei. Täten vastausvaihtoehdot 1, 2 ja 3 yhdistettiin vaihtoehdoksi 1) Kyllä ja vastausvaihtoehdot 4, 5 ja 6 vaihtoehdoksi 2) Ei.

Asuinalue

Aineistoon oli lisätty aineiston keruun jälkeen erilaisia aluemuuttujia, kuten kaupunki-maaseutu-luokitus (MAKA). Tämä vuonna 2013 käyttöön otettu luokitus huomioi aikaisempaa, kuntarajoihin perustuvaa aluejaottelua todenmukaisemmin kuntakenttien nykyisen, kuntauudistusten myötä lisääntyneen sisäisen kirjon. Kuntauudistusten myötä kuntien sisältä löytyy niin kaupunkimaisia kuin maaseutumaisia alueita, joiden erottelu ja lähempi tarkastelu onnistuvat tarkoituksenmukaisemmin uudella luokituksella. (Helminen ym. 2013.) Kaupunki-maaseutu-luokitusta päätettiin hyödyntää myös tässä tutkimuksessa, sillä sen nähtiin antavan suuraluejaottelua tarkempaa tietoa terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä kuntatasolla.

Kaupunki-maaseutu-luokituksen luokat säilytettiin ennallaan ja ne olivat aineistossa seuraavat:

- (K1) sisempi kaupunkialue
- (K2) ulompi kaupunkialue
- (K3) kaupungin kehysalue
- (M1) maaseudun paikalliskeskus
- (M2) kaupungin läheinen maaseutu
- (M3) ydinmaaseutu
- (M4) harvaan asuttu maaseutu.

6.2.3 Hoidon saamisen esteet

Kyselylomakkeessa hoidon saamisen esteiden kysymyssarjaan sisältyi kuusi kohtaa, joissa tiedusteltiin vastaajien mahdollisesti viimeisen 12 kuukauden aikana kokemia esteitä hoidon saamiselle. Kysymykseen sisältyi kuusi kohtaa, jotka kaikki otettiin tähän tutkimukseen mukaan. Kohdista muodostettiin monimuuttujamallia varten summamuuttujia, joiden muodostamisen vaiheet kuvataan seuraavassa luvussa. Hoidon saamisen esteiden kokemista kysyttiin kysymyslomakkeessa vastaavasti:

Ovatko seuraavat asiat haitanneet hoitoon saamistasi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?

- a) Sinua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiasi hoitamiseksi
- b) Jouduit selvittämään tilannettasi useammalle työntekijälle tai moneen kertaan
- c) Hoitopaikka oli hankalasti auki
- d) Hoitopaikka oli hankalan matkan päässä
- e) Oma taloudellinen tilanteesi vaikeutti hoidon saamista
- f) Liian korkeat asiakasmaksut ovat vaikeuttaneet hoidon saamista.

Vastausvaihtoehdot näihin olivat:

- 1) Aina
- 2) Useimmiten
- 3) Joskus
- 4) Ei koskaan
- 5) Ei koske minua.

Vastausvaihtoehto 5 jätettiin tässä tutkimuksessa tarkastelusta pois luokittelemalla se puuttuvaksi vastaukseksi.

6.2.4 Pitkäaikaissairaus, terveyspalveluiden käyttö ja käyttöoikeus

Pitkäaikaissairaus

Tässä tutkimuksessa terveydentilan osoittimenä käytettiin pitkäaikaissairautta. Kyselylomakkeessa lääkärin toteamaa pitkäaikaista sairautta tai sairauksia kysyttiin vastaajilta vaihtoehdoin

- 1) Kyllä
- 2) Ei.

Vastanottokäyntimäärät

Vastanottokäyntien määrää kuvastava muuttuja muodostettiin laskemalla yhteen vastaajien ilmoittamat käyntikerrat sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla, jolloin saatiin todenmukaisempia tunnuslukuja väestön terveyspalveluiden käytöstä (ks. Laamanen ym. 2006; Nguyen & Seppälä 2014, 202; Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016b, 120). Kysymyslomakkeessa käyntikertoja tiedusteltiin vastaavasti:

Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olet käynyt oman tai alaikäisen lapsen terveyden vuoksi lääkärin vastaanotolla?

- 1) Terveysasemalla (ei hammaslääkärikäyntejä)
- 2) Yksityisellä lääkäriasemalla
- 3) Työterveyshuollossa
- 4) Sairaalan poliklinikalla.

ja

Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olet käynyt oman tai alaikäisen lapsen terveyden vuoksi hoitajan vastaanotolla?

- 1) Terveysasemalla (ei hammaslääkärikäyntejä)
- 2) Yksityisellä lääkäriasemalla
- 3) Työterveyshuollossa
- 4) Sairaalan poliklinikalla.

Koska kyseessä oli avokysymys, luokiteltiin käyntimäärät uudelleen näljään eri luokkaan:

- 1) Ei käyntejä
- 2) 1-3
- 3) 4-6

4) 7 tai yli.

Oikeus työterveyshuollon palveluihin

Työterveyshuollon palveluiden järjestämistä kysyttiin lomakkeessa vaihtoehdoin:

- 1) Kyllä
- 2) Ei
- 3) En ole työssä/Ei työpaikkaa.

Analysointia varten luokat 2 ja 3 yhdistettiin, jolloin saatiin dikotominen työterveyshuollon palveluiden käyttöoikeutta ilmaiseva muuttuja, joka sai arvot:

- 1) Ei
- 2) Kyllä.

Sairauskuluvarakuutus

Sairauskuluvarakuutusta koskevia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa yhteensä kolme. Niissä kysyttiin vakuutuksen hankkimista lapselle, itselle kuin sen omistamista työn puolesta. Näistä kysymyksistä tässä tutkimuksessa tarkasteltaviksi valikoitui henkilökohtaista sairauskuluvarakuutusta koskeva kysymys:

Oletko hankkinut itsellesi yksityisen sairauskuluvarakuutuksen, joka korvaa sairauden hoidosta Suomessa aiheutuvia hoitokuluja, kuten yksityislääkärin palkkioita, lääkekuluja ja sairaalan hoitopäivämaksuja?

- 1) Kyllä
- 2) Ei, mutta olen harkinnut
- 3) Ei, enkä ole harkinnut.

6.3 Analyysimenetelmät

Tämän Pro gradu -tutkielman analyysimenetelmät ovat kvantitatiiviset ja sen tutkimusote on kuvai-leva sekä osin vertaileva. Aineistoa analysoitiin Statistical Package for Social Sciences -ohjelman (SPSS) versiolla 24.0. Tutkimuksen ristiintaulukoinneissa, Kruskal-Wallis-testissä ja multinomiaalissa logistisessa regressioanalyysissä tilastollisen merkitsevyystason rajana käytettiin p-arvoja <0,05. Kyseinen raja on tilastollisessa tutkimuksessa, kuten opinnäytetöissä, yleisesti käytetty merkitsevyystaso (Heikkilä 2008, 194–195).

Aineistoa analysoidessa käytettiin aineistoon Tilastokeskuksen kehittämissyksikön laskemaa analyysipainomuuttujaa. Aineiston kuvailevien tunnuslukujen yhteydessä ei käytetty painotusta, mutta myöhemmissä analyyseissä kaikki ilmoitetut tulokset ovat painotettuja. Painotuksen käyttö on olennaista niissä tapauksissa, joissa esimerkiksi puuttuvien havaintojen määrä tai vastauskato ovat aiheuttaneet vinoutumaa otosaineiston jakaumaan. Näissä tapauksissa aineistoon on aiheutunut systemaattista vinoutumaa, jolloin se ei ole enää satunnainen eikä siten kuvaa otospopulaatiota. Analyysipainon käyttäminen korjaa vinoutumaa, jolloin se tuottaa oikeat väestöjakaumat sukupuolen, iän ja alueen mukaan. (Kyselyaineiston havaintojen painottaminen 2008.) Tilastokeskuksen Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -tutkimuselosteesta ilmeni, että aineistossa oli havaittavissa pientä valikoitumista sukupuolen, iän, koulutusasteen ja asuinalueen mukaan. Aineistossa naissukupuoli ja korkea-asteen koulutus enteivät korkeampaa vastausaktiivisuutta. Maantieteellisesti tarkasteltuna alin vastausprosentti oli Etelä- ja Pohjois-Pohjanmaalla. Tämän johdosta painotuksen käyttö oli myös tässä tutkimuksessa olennaista ja suositeltua aineiston laatijoiden puolesta.

Aineiston analysointi aloitettiin aineiston kuvailusta, jossa hyödynnettiin frekvenssijakaumia. Vastaajien keski-ikä ilmoittamisessa käytettiin keskiluvuista mediaania (mdn) ja ala- ja yläkvartiileja ikäjakauman vinoudesta johtuen (Heikkilä 2014, 84–85). Tämän jälkeen siirryttiin ristiintaulukointeihin, joissa luottamus tarvittavan kiireellisen ja luottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen suhteutettiin selittäviin muuttujiin. Ristiintaulukoinnin edellytyksenä on, että tarkasteltavien muuttujien tulee olla kategorisia, eli luokittelevia (Nummenmaa 2009, 300). Tässä tutkimuksessa valtaosa tarkastelevista muuttujista oli kategorisia, jonka vuoksi ristiintaulukointi sopi hyvin luottamuksen ja selittävien muuttujien välisten yhteyksien tutkimiseen. Ristiintaulukoinnin yhteydessä muuttujien välistä riippumattomuutta testattiin Pearsonin X^2 -testillä.

Hoidon saamisen esteiden muuttujaa tarkasteltiin ristiintaulukoinneissa sen kuuden eri kohdan avulla, koska sen nähtiin näin kuvaavan yksityiskohtaisesti luottamuksen ja hoidon saamisen esteiden välisiä yhteyksiä (vrt. Nummenmaa 2009, 161–162). Kuitenkin multinomiaalista logistisesta regressiomallia varten hoidon saamisen esteistä muodostettiin kolme summamuuttujaa (ks. Liite 1). Summamuuttujien muodostamisessa olennaista on, että yhdistettävät muuttujat mittaavat samaa asiaa (Nummenmaa 2009, 162), joten muodostettavat summamuuttujat luotiin Aallon, Vehkon ja kumppaneiden (2017) tutkimuksen pohjalta tehdyn faktorianalyysin perusteella. Kyseisen tutkimuksen aineistona oli niin ikään tässäkin tutkimuksessa käytettävä Uudistuvat sosiaali ja terveyspalvelut

2015 -aineisto ja faktorianalyysin keskiössä hoidon saamisen esteiden kysymyssarja. Aallon, Vehkon ja kumppaneiden (2017) tekemässä faktorianalyysissä selvitettiin, millä muuttujilla on keskenään samankaltaista vaihtelua, mutta ovat keskenään riippumattomia. Tällaisista muuttujista voidaan muodostaa faktoreita, joihin tiivistyy karkeaa tietoa muuttujien yhteysvaihtelusta (Nummenmaa 2009, 397). Faktorianalyysissa hoidon esteitä kuvaavista muuttujista erottui kolme ulottuvuutta, jotka olivat *taloudelliset esteet*, *integraatio* ja *saavutettavuus*. Koska kyseiset muuttujat latautuivat kyseisiin faktoreihin riittävän vahvasti, muodostettiin niiden pohjalta summamuuttujat, joita käytetään tässäkin tutkimuksessa multinomiaalisessa logistisessa regressiossa. Liitteissä olevasta taulukosta löytyvät Aallon, Vehkon ym. (2017) tekemien faktorianalyysien tulokset reliabiliteetteineen (Cronbachin α -kertoimet) edellä mainittujen kolmen faktorin mukaan (Liite 1).

Summamuuttujia muodostettaessa vastausvaihtoehtojen arvot koodattiin päinvastaisiksi. Tämä oli tulosten tulkinnan kannalta loogisempi vaihtoehto. Mitä isomman arvon summamuuttujat saivat, sitä enemmän hoidon saamista estäviä tekijöitä vastaaja oli kokenut. Summamuuttujien muodostamisessa onkin tärkeää pitää huolta siitä, että kaikkien muuttujien arvot ovat samansuuntaisia. (Alkula 1994, 103; Heikkilä 2014, 52.) Summamuuttujat olivat vinosti jakautuneita, jonka vuoksi niiden kuvailuissa käytettiin keski- ja hajontaluvuista mediaania (mdn) sekä ala- (Q_1) ja yläkvartiilia (Q_3) (Heikkilä 2009 84–86). Summamuuttujien yhteyttä luottamukseen tarkasteltiin epäparametrisin testein, koska ne perustuvat muuttujan järjestyslukuihin eivätkä ne tee oletuksia muuttujan jakaumasta. Epäparametrisista testeistä Kruskal-Wallis-testi soveltui parhaiten summamuuttujien ja kolmiluokkaisen luottamuksen välisen yhteyden tarkasteluun. (Nummenmaa 2009, 154, 266–267.)

Ristiintaulukoinnin jälkeen analyysissä siirryttiin multinomiaaliseen logistiseen regressioanalyysiin. Multinomiaalista logistista regressiota käyttäminen ristiintaulukoinnin lisäksi auttoi selittämään tarkemmin, mitkä terveydenhuollon hoidon saamista estävistä tekijöistä ja muista tarkasteltavista selittävistä tekijöistä selittivät parhaiten epäluottamusta tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja epäluottamusta tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Menetelmä valittiin, koska käytettävät selittävät muuttujat olivat kolmeluokkaisia nominaaliasteikollisia muuttujia (luottaa - ei luota - ei osaa sanoa) (Hosmer ym. 2013, 269). Kolmeluokkaisuuden vuoksi logistisen regressioanalyysin oletukset kaksiluokkaisesta selitettävästä muuttujasta eivät toteutuneet, eikä sitä olisi siten voitu hyödyntää tässä tutkimuksessa analyysimenetelmänä (Heikkilä 2008, 254). Multinomiaalisen logistisen mallin perusidea on sama kuin logistisen regression, eli siinä pyritään ennustamaan selittävien

muuttujien havaintojen jakautumiselle eri luokkiin, tässä tutkimuksessa siis luottamuksen suhteen (Hosmer ym. 2013, 269; Nummenmaa 2009, 330–332).

Multinomiaalisten logististen regressioanalyysien taulukoissa (Taulukko 10 ja 12) on esitetty selittävien muuttujien ristitulosuhteet (odds ratio eli OR), 95 %:n luottamusvälit ja p-arvot. Multinomiaalinen logistinen regressioanalyysi tehtiin ensin yksitellen jokaiselle selittävälle muuttujalle erikseen, eli tuloksia ei ole täten vakioitu muiden selittävien tekijöiden suhteen (Taulukko 12, Liite 2). Tämän jälkeen rakennettiin monimuuttujamalli (Taulukko 10), jossa oli kaikki selittävät muuttujat kerralla yhdessä, eli ne on vakioitu suhteessa toisiinsa.

Ennen lopulliseen monimuuttujamalliin tyytymistä kokeiltiin erilaisia vaihtoehtoisia ratkaisuja malleille. Mallin valinnassa pyrittiin luomaan sellainen monimuuttujamalli, joka tuottaisi tilastollisesti vakaita tuloksia ja vastaisi parhaiten asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Hosmer ym. 2013, 89–90.) Kokeiluihin lukeutuivat ristiintaulukoinneissa vain tilastollisesti merkitsevästi luottamukseen yhteydessä olleiden muuttujien malli, kaikki muuttujat sisältävä malli sekä malleja, joissa kokeiltiin toisenlaisia muuttujaratkaisuja. Muuttujayhdistelmiin lukeutui muutamia malleja, joissa käytettiin suuraluemuuttujaa kaupunki-maaseutu -luokituksen lisäksi ja ilman, kuin myös vastaajan eniten käyttämän palvelutuottajaa kuvastavaa muuttujaa (terveyskeskus - sairaalan poliklinikka – työterveys – yksityinen palvelutuottaja). Suuralue- ja palvelutuottajamuuttujia ei sisällytetty lopulliseen malliin, sillä ne eivät olennaisesti muuttaneet tuloksia. Lopulliseksi malliksi valikoitiin kaikista toimivien ratkaisujen joukosta, joka sisälsi kaikki luvussa 5.2 esitetyt muuttujat, paitsi hoidon saamisen esteiden muuttujan kategorisen muuttujan sijasta edellä esitetyn mallisena summamuuttujana. Kyseinen mallin selitystasaste oli suurin ja tulokset tilastollisesti riittävät. Aikaisempiin malleihin verrattuna sen antamat tulokset olivat kaikista helpommin tulkittavissa ja antoivat tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin parhaiten vastauksen, jonka myötä sitä pidettiin sopivimpana (ks. Uhari & Nieminen 2012, 213).

Lopullisessa vakioimattomassa ja vakioidussa multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä käytettiin yhteneviä referenssikategorioita eli vertailuryhmiä. Luottamuksen referenssikategoriaksi valittiin luottavien luokka, jolloin pystyttiin parhaiten havainnollistamaan epäluottamuksen jakautumista eri luokkiin. Selittävien muuttujien osalta referenssikategorioina toimivat lopullisissa malleissa niin ikään malleja rakentaessa parhaiten epäluottamusta selittäväksi havaitut kategoriat. Kuitenkin ensimmäisien analyysien oton ja mallien rakentamisen yhteydessä kokeiltiin erilaisia referenssiratkaisuja. Referenssiryhminä kokeiltiin aluemuuttujan osalta harvaan asuttua maaseutua,

ikäryhmistä 18–29-vuotiaita, koulutuksesta taas perusasteen suorittaneita, työmarkkina-aseman osalta työttömiä ja lääkärikäynneistä eniten käyntejä raportoineita, eli 7 tai yli käyntiä vastanneiden ryhmää. Lisäksi sairauskuluvakuutuksessa kokeiltiin käyttää referenssinä luokkaa ”ei enkä harkinnut” ja työterveyshuoltoa tarkastellessa ryhmää, joilla ei ollut työterveyspalveluiden käyttöoikeutta. Kuitenkin kyseisiä referenssikategorioita paremmin epäluottamusta selittäviksi havaittiin toimivan toisenlaiset ratkaisut, jotka siten vastasivat osuvammin asetettuihin tutkimuskysymyksiin (ks. Hosmer ym. 2013, 89; Nummenmaa 2009, 337). Lopulliset analyyseissa käytetyt referenssikategoriat esitetään alla.

Lopullisissa malleissa sosioekonomisista ja demografisista muuttujista referensseinä toimivat sukupuolen osalta miessukupuoli, ikäluokista kaikista vanhimmat, eli 70–79-vuotiaat, koulutuksen puolesta korkea-asteen suorittaneet ja työmarkkina-aseman työssäkäyvät. Toimeentulovaikeuksista referenssinä toimivat niitä kokemattomat ja asuinalueen osoittimesta taas sisemmällä kaupunkialueella asuvat. Pitkäaikaissairauden referenssinä käytettiin ryhmää, joka ei raportoinut sairastavansa pitkäaikaissairautta. Vastaanottokäyntimäärien referenssinä olivat vastaajat, jotka eivät olleet raportoineet lainkaan käyntejä viimeisen 12 kuukauden aikana. Sairauskuluvakuutusta ja työterveyshuollon palveluoikeutta tarkastellessa referensseinä käytettiin ryhmiä, jolla oli vakuutus ja oikeus käyttää työterveyshuollon palveluita.

7 TULOKSET

7.1 Aineiston kuvailevat tunnusluvut

Aineiston analysointi aloitettiin kuvailuilla, joita varten otettiin frekvenssijakaumia ja keskilukuja. Aineiston kuvailevat tunnusluvut tutkittavien sosioekonomisten ja demografisten tekijöiden suhteen on esitetty Taulukossa 2. Tutkimukseen vastanneista suurin osa oli naisia (55,7 %). Vastaajat olivat keskimäärin 48-vuotiaita ($Q_1 = 33, Q_3 = 63$). Vastaajista yli puolet asui kaupunkialueella. Suurin osa vastaajista oli käynyt keskiasteen (40,6 %) tai korkea-asteen (38,1 %) koulutuksen. Alle puolet vastaajista oli työssäkäyviä (46,6 %). Enemmistö vastaajista (68,0 %) ei ollut kokenut toimeentulovaikeuksia viimeisen 12 kuukauden aikana.

TAULUKKO 2. Vastaajien sosioekonomiset ja demografiset tunnusluvut

Sosioekonomiset ja demografiset taustatekijät	%	N
Sukupuoli		
Nainen	55,7	1462
Mies	44,3	1164
Keski-ikä*	48 (33,63)	2626
Ikä		
18—29	11,7	308
30—39	11,7	307
40—49	13,6	357
50—59	19,8	521
60—69	26,3	691
70—79	16,8	442
Koulutus		
Perusaste	21,3	559
Keskiaste	40,6	1067
Korkea-aste	38,1	1000
Työmarkkina-asema		
Työssä	46,6	1220
Työtön	6,3	166
Muu	47,1	1233
Asuinalue		
Sisempi kaupunkialue	33,2	871
Ulompi kaupunkialue	26,2	686
Kaupungin kehysalue	10,2	267
Maaseudun paikalliskeskus	5,8	151
Kaupungin läheinen maaseutu	7,2	188
Ydinmaaseutu	11,1	292
Harvaan asuttu maaseutu	6,3	166
Toimeentulovaikeudet		
Kyllä	32,0	825

Ei	68,0	1753
----	------	------

*Ilmoitettu vuosina

*mediaani (mdn) ja kvartiiliväli (Q_1 ; Q_3)

Taulukossa 3. on esitetty tutkittavien taustatiedot pitkäaikaissairauden, terveydenhuollon palveluiden käytön, työterveyshuollon palveluiden käyttöoikeuden ja sairauskuluvakuutuksen suhteen. Hie-
man yli puolet vastaajista raportoi sairastavansa jotain pitkäaikaissairautta (54,8 %). Valtaosa vas-
taajista oli käynyt vastaanotolla viimeisten 12 kk:n aikana ja noin puolet vastanneista oli oikeutettu
työterveyshuollon palveluihin (52,2 %). Sairauskuluvakuutuksen raportoi hankkineensa pieni osa
vastanneista (15,9 %).

TAULUKKO 3. Vastaajien terveydentila, terveydenhuollon palveluiden käyttö, oikeus palveluiden
käyttöön ja sairauskuluvakuutuksen omistaminen

Pitkäaikaissairaus ja tervey- denhuollon palveluiden käyttö sekä käyttöoikeus	%	N
Pitkäaikaissairaus		
Kyllä	54,8	1410
Ei	45,2	1165
Vastaanottokäyntimäärät viimeisten 12 kk:n aikana		
Ei yhtään	9,6	222
1–3	33,3	770
4–6	25,3	585
7 tai yli	31,8	734
Työterveyshuolto		
Kyllä	52,2	1131
Ei	47,8	1036
Sairauskuluvakuutus		
Kyllä	15,9	410
Ei, mutta olen harkinnut	16,2	419
Ei, enkä ole harkinnut	67,9	1751

Iso osa vastaajista ei ollut kokenut kysymyslomakkeessa kysytyjen asioiden haitanneen hoidon saa-
mista viimeisen 12 kuukauden aikana (Taulukko 4). Eniten esteitä hoidon saamiselle aiheuttivat ti-
lanteen selvittäminen useammalle työntekijälle tai moneen kertaan, vähiten taas oma taloudellinen
tilanne ja korkeat asiakasmaksut.

TAULUKKO 4. Terveysthuollossa hoidon saamista estäneiden tekijöiden jakautuminen vastaajien kesken

Terveysthuollossa hoidon saamista estäneet tekijät viimeisen 12 kuukauden aikana	%	N
Pompeteltiin palvelupisteestä toiseen asian hoitamiseksi		
Aina	1,8	35
Useimmiten	7,8	149
Joskus	27,4	523
Ei koskaan	62,9	1199
Joutui selvittämään tilannetta useammalle työntekijälle tai moneen kertaan		
Aina	3,7	71
Useimmiten	13,6	261
Joskus	36,4	702
Ei koskaan	46,3	892
Hoitopaikka oli hankalasti auki		
Aina	2,6	49
Useimmiten	6,7	125
Joskus	27,3	506
Ei koskaan	63,3	1172
Hoitopaikka oli hankalan matkan päässä		
Aina	3,6	66
Useimmiten	5,7	105
Joskus	21,5	396
Ei koskaan	69,2	1276
Oma taloudellinen tilanne vaikeutti hoidon saamista		
Aina	3,1	56
Useimmiten	4,3	78
Joskus	15,2	278
Ei koskaan	77,4	1411
Liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat hoidon saamista		
Aina	3,3	61
Useimmiten	5,3	98
Joskus	16,6	305
Ei koskaan	74,8	1377

Valtaosa vastaajista luotti saavansa tarvittaessa kiireellistä (86,9 %) sekä säännöllistä (79,8 %) hoitoa (Taulukko 5). Joka kymmenes (10,0 %) ei luottanut saavansa tarvittaessa säännöllistä hoitoa. Vastaavasti tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen luotettiin vastaajien keskuudessa hitusen enemmän. Myös ei osaa sanoa -vastausten määrä nousi kysyttäessä luottamusta säännöllisen hoidon saamiseen.

TAULUKKO 5. Luottamus tarvittavan kiireellisen ja luottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen

Luottamus tarvittavan hoidon saamiseen	%	N
Luottamus kiireellisen hoidon saamiseen		
Kyllä	86,9	2260
Ei osaa sanoa	5,4	141
Ei	7,7	200
Luottamus säännöllisen hoidon saamiseen		
Kyllä	79,8	2063
Ei osaa sanoa	10,2	263
Ei	10,0	269

7.2 Luottamus hoidon saamiseen ja sosioekonomiset ja demografiset tekijät

Seuraavaksi tarkasteltiin tarkemmin vastaajien sosioekonomisten ja demografisten tekijöiden ja luottamuksen välisiä yhteyksiä (Taulukko 6). Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin yhden selittäjän mallien vakioimattomat tulokset sosioekonomisten ja demografisten taustamuuttujien suhteen olivat samansuuntaisia ristiintaulukoinnin kanssa (Taulukko 12).

Sukupuolittain tarkasteltuna tunnettu luottamus tarvittavan hoidon saamiseen osoittautui ristiintaulukoinneissa korkealle ja suhteellisen tasapuoliselle miesten ja naisten välillä. Kiireellisen hoidon kohdalla ero miesten ja naisten tuntemaan luottamuksen välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,044$). Naiset olivat hieman miehiä epäluottavaisempia tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen. Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioidussa mallissa sukupuoli oli yhteydessä vain luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen.

Ristiintaulukoinneissa ikäryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja luottamuksessa tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen ($p = 0,033$), muttei tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ($p = 0,10$). Erot ikäryhmien välillä olivat kuitenkin maltillisia. Eniten epäluottamusta tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen tunsivat 40–49-vuotiaat (14,5 %) ja 30–39-vuotiaat (12,3 %). Sen sijaan kiireellisen hoidon osalta ikäryhmistä juurikaan erottautunut yksikään selkeästi suuremmalla epäluottamuksella. Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioidussa mallissa iän ja luottamuksen välillä ei havaittu tilastollista merkitsevyyttä kiireellisen tai säännöllisen hoidon kohdalla.

Koulutuksen ja tarvittavan kiireellisen tai säännöllisen hoidon saamiseen luottamisen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei ristiintaulukoinneissa, multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioimattomassa eikä sen vakioidussa mallissa. Koulutusryhmien sisällä havaittiin joitain tilastollisesti merkitseviä eroja multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioidussa mallissa säännöllisen hoidon kohdalla (Taulukko 10).

Sen sijaan ristiintaulukoinneissa työmarkkina-aseman ja luottamuksen välillä todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys niin tarvittavan kiireellisen ($p = 0,015$) kuin tarvittavan säännöllisen ($p < 0,001$) hoidon kohdalla (Taulukko 6). Työttömät luottivat kaikista vähiten saavansa tarvittaessa kiireellistä ja säännöllistä hoitoa. Useampi kuin joka kymmenes työtön vastaaja raportoi, ettei luota saavansa tarvittaessa kiireellistä (13,0 %) tai säännöllistä hoitoa (16,9 %). Kun työmarkkina-asema vakioitiin lopullisessa monimuuttujamallissa muiden selittävien tekijöiden suhteen, ei se ja luottamus kiireellisen tai säännöllisen hoidon saamiseen enää olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toisiinsa (Taulukko 10).

TAULUKKO 6. Vastaajien sosioekonomisten ja demografisten tekijöiden yhteys luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen

Sosioekonomiset ja demografiset taustamuuttujat	Luottamus tarvittavan kiireelliseen hoidon saamiseen, % (N)			P-arvo	Luottamus tarvittavan säännölliseen hoidon saamiseen, % (N)			P-arvo
	Luottaa	Ei osaa sanoa	Ei luota		Luottaa	Ei osaa sanoa	Ei luota	
Sukupuoli				0,044				0,188
Nainen	87,5 (1151)	4,3 (57)	8,2 (108)		79,0 (1033)	9,8 (128)	11,2 (146)	
Mies	87,5 (1129)	6,0 (78)	6,5 (84)		79,9 (1027)	10,9 (140)	9,2 (118)	
Ikä				0,1				0,033
18–29	91,2 (446)	3,5 (17)	5,3 (26)		80,5 (392)	11,1 (54)	8,4 (41)	
30–39	89,7 (373)	3,8 (16)	6,5 (27)		77,6 (323)	10,1 (42)	12,3 (51)	
40–49	85,9 (358)	5,0 (21)	9,1 (38)		76,9 (319)	8,7 (36)	14,5 (60)	
50–59	86,0 (413)	5,8 (28)	8,1 (39)		77,7 (372)	12,7 (61)	9,6 (46)	
60–69	85,8 (428)	6,0 (30)	8,2 (41)		81,5 (402)	9,5 (47)	8,9 (44)	
70–79	85,6 (261)	7,5 (23)	6,9 (21)		82,8 (251)	9,6 (29)	7,6 (23)	
Koulutus				0,266				0,978
Perusaste	86,1 (440)	6,1 (31)	7,8 (40)		79,8 (406)	10,0 (51)	10,2 (52)	
Keskiaste	86,8 (956)	4,9 (54)	8,3 (91)		79,9 (873)	10,1 (110)	10,1 (110)	
Korkea-aste	89,0 (884)	4,9 (49)	6,0 (60)		78,9 (780)	10,8 (107)	10,3 (102)	
Työmarkkina-asema				0,015				<0,001
Työssä	88,2 (1183)	5,1 (68)	6,7 (90)		79,4 (1059)	10,4 (139)	10,2 (136)	
Työtön	79,5 (147)	7,6 (14)	13,0 (24)		66,1 (121)	16,9 (31)	16,9 (31)	
Muu	87,8 (944)	4,9 (53)	7,3 (78)		81,9 (875)	9,2 (98)	9,0 (96)	
Toimeentulovaikeudet				<0,001				<0,001

Kyllä	78,3 (656)	8,2 (69)	13,5 (113)	68,9 (574)	13,7 (114)	17,4 (145)
Ei	92,0 (1597)	3,6 (63)	4,4 (76)	84,4 (1456)	8,7 (151)	6,9 (119)
Asuinalue				0,022		0,065
Sisempi kaupunkialue	90,5 (809)	4,9 (44)	4,6 (41)	78,9 (701)	11,0 (98)	10,0 (89)
Ulompi kaupunkialue	85,7 (570)	5,4 (36)	8,9 (59)	76,5 (507)	11,8 (78)	11,8 (78)
Kaupungin kehysalue	88,8 (237)	2,6 (7)	8,6 (23)	83,5 (223)	8,2 (22)	8,2 (22)
Maaseudun paikalliskeskus	84,3 (129)	5,9 (9)	9,8 (15)	76,8 (116)	12,6 (19)	10,6 (16)
Kaupungin läheinen maaseutu	84,3 (161)	6,3 (12)	9,4 (18)	76,8 (146)	13,7 (26)	9,5 (18)
Harvaan asuttu maaseutu	86,0 (240)	6,8 (19)	7,2 (20)	84,0 (231)	6,2 (17)	9,8 (27)
Ydinmaaseutu	85,0 (130)	4,6 (7)	10,5 (16)	85,6 (131)	5,2 (8)	9,2 (14)

Tilastollisesti merkitsevät p-arvot lihavoitu

Toimeentulovaikkeudet olivat ristiintaulukoinneissa (Taulukko 6) tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä luottamukseen kiireellisen ($p < 0,001$) ja luottamukseen säännöllisen hoidon ($p < 0,001$) saamiseen. Epäluottamusta koettiin toimeentulovaikkeuksista kohdanneiden keskuudessa selvästi useammin kuin niitä kokemattomien. Useampi kuin joka kymmenes toimeentulovaikkeuksia kokenut ei luottanut saavansa tarvittaessa kiireellistä (13,5 %) tai säännöllistä (17,4 %) hoitoa. Kun toimeentulovaikkeudet vakioitiin muiden selittävien tekijöiden suhteen (Taulukko 10), pieneni epäluottamuksen esiintyvyys niin kiireellisen hoidon (OR 2,151 LV 1,297–3,569) kuin säännöllisen hoidon saamiseen (OR 2,138 LV 1,388–3,394) yhden selittävän tekijän malliin verrattuna (Taulukko 12). Kuitenkin se säilyi edelleen tilastollisesti merkitsevä.

Maaseutumaisilla alueilla tunnettiin hieman enemmän epäluottamusta kiireellisen hoidon saamiseen, mitä kaupungin läheisyydessä (Taulukko 6). Tulos oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,022$). Vastaavasti säännöllisen hoidon saamiseen luottamisen ja asuinalueen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p = 0,065$). Kuitenkaan vakioidussa monimuuttujamallissa asuinalueen ja tarvittavan kiireellisen tai säännöllisen hoidon saamiseen luottamisen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (Taulukko 10).

7.3 Luottamus hoidon saamiseen ja hoidon saamisen esteet

Kaikki hoidon saamisen esteet olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ($p < 0,001$) ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen ($p < 0,001$) (Taulukko 7 & 8). Ristiintaulukointi osoitti, että mitä useammin vastaajat olivat kokeneet esitettyjen kohtien estäneiden hoidon saamista, sitä yleisemmin tunnettiin epäluottamusta tarvittavan kiireellisen ja säännöllisen hoidon saamiseen.

Eniten epäluottamusta tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ilmeni vastaajilla, joiden oma taloudellinen tilanne ja korkeat asiakasmaksut olivat vaikeuttaneet hoidon saamista aina ja useimmiten. Vastaavasti epäluottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen oli korkeinta vastaajilla, jotka olivat joutuneet aina ja useimmiten pompoteltavaksi palvelupisteestä toiseen tai olivat kokeneet aina ja useimmiten oman taloudellisen tilanteen vaikeuttaneen hoidon saamista.

TAULUKKO 7. Hoidon saamista esteiden tekijöiden yhteys luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen

Terveystieteiden hoidon saamista estävät tekijät	Luottamus tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen, % (N)			P-arvo	Luottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen, % (N)			P-arvo
	Luottaa	Ei osaa sanoa	Ei luota		Luottaa	Ei osaa sanoa	Ei luota	
Pompoteltiin palvelupisteestä toiseen				<0,0001				<0,0001
Aina	66,7 (26)	5,1 (2)	28,2 (11)		47,2 (17)	8,3 (3)	44,4 (16)	
Useimmiten	69,5 (105)	8,6 (13)	21,9 (33)		58,3 (88)	11,9 (18)	29,8 (45)	
Joskus	85,3 (446)	5,5 (29)	9,6 (48)		73,6 (385)	11,7 (61)	14,7 (77)	
Ei koskaan	91,7 (1086)	4,0 (47)	4,3 (51)		86,1 (1010)	8,5 (100)	5,4 (63)	
Joutui selvittämään tilanteensa useammalle työntekijälle tai moneen kertaan				<0,0001				<0,0001
Aina	60,5 (46)	7,9 (6)	31,6 (24)		43,4 (33)	6,6 (5)	50,0 (38)	
Useimmiten	81,3 (222)	6,2 (17)	12,5 (34)		62,5 (168)	17,1 (46)	20,4 (55)	
Joskus	88,4 (623)	4,4 (31)	7,2 (51)		80,9 (567)	9,4 (66)	9,7 (68)	
Ei koskaan	91,8 (790)	4,3 (37)	3,9 (34)		87,2 (748)	8,0 (69)	4,8 (41)	
Hoitopaikka oli hankalasti auki				<0,0001				<0,0001
Aina	60,8 (31)	7,8 (4)	31,4 (16)		54,0 (27)	12,0 (6)	34,0 (17)	
Useimmiten	72,2 (96)	7,5 (10)	20,3 (27)		65,2 (86)	12,9 (17)	22,0 (29)	
Joskus	84,9 (428)	5,6 (28)	9,5 (48)		73,7 (372)	12,1 (61)	14,3 (72)	
Ei koskaan	92,3 (1077)	3,8 (44)	3,9 (46)		85,3 (989)	8,0 (93)	6,6 (77)	
Hoitopaikka oli hankalan matkan päässä				<0,0001				<0,0001
Aina	69,7 (46)	3,0 (2)	28,4 (19)		65,2 (43)	9,1 (6)	25,8 (17)	
Useimmiten	78,0 (85)	5,5 (6)	16,5 (18)		64,2 (68)	13,2 (14)	22,6 (24)	
Joskus	85,3 (342)	7,2 (29)	7,5 (30)		73,0 (292)	12,0 (48)	15,0 (60)	
Ei koskaan	90,8 (1159)	3,8 (48)	5,4 (69)		83,6 (1066)	8,8 (112)	7,4 (94)	
Oma taloudellinen tilanne vaikeutti hoidon saamista				<0,0001				<0,0001
Aina	55,9 (33)	6,8 (4)	37,3 (22)		47,5 (28)	10,2 (6)	42,4 (25)	
Useimmiten	65,8 (50)	10,5 (8)	23,7 (18)		53,3 (40)	14,7 (11)	32,0 (24)	
Joskus	81,1 (227)	9,6 (27)	9,6 (26)		71,7 (200)	12,5 (35)	15,8 (44)	
Ei koskaan	91,8 (1292)	3,4 (48)	4,8 (68)		84,2 (1179)	8,6 (120)	7,2 (101)	
Liian korkeat asiakasmaksut ovat vaikeuttaneet hoidon saamista				<0,0001				<0,0001
Aina	55,9 (33)	10,2 (6)	33,9 (20)		41,4 (24)	19,0 (11)	39,7 (23)	
Useimmiten	65,6 (63)	11,5 (11)	22,9 (22)		59,6 (56)	13,8 (13)	26,6 (25)	
Joskus	85,7 (258)	6,6 (20)	7,6 (23)		75,5 (228)	11,3 (34)	13,2 (40)	
Ei koskaan	91,2 (1257)	3,6 (50)	5,2 (71)		83,9 (1149)	8,5 (116)	7,7 (105)	

Tilastollisesti merkitsevät p-arvot lihavoitu

Myös integraation, saavutettavuuden ja taloudellisten esteiden summamuuttujien ja luottamuksen havaittiin olevan toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä (Taulukko 8). Summamuuttujien tulokset luottamuksen ja hoidon saamisen esteistä olivat samansuuntaisia alkuperäisten muuttujien kanssa (Taulukko 7).

Taulukko 8. Hoidon saamisen esteiden summamuuttujien tunnusluvut ja yhteys luottamukseen tarvittavan kiireellisen ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen

Hoidon saamisen esteiden summat	Luottamus tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen, mdn (Q_1 ; Q_3)				Luottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen, mdn (Q_1 ; Q_3)			
	Luottaa	Ei osaa sanoa	Ei luota	P-arvo	Luottaa	Ei osaa sanoa	Ei luota	P-arvo
Integraatio	2 (1; 2)	2 (1; 3)	2 (2; 3)	<0,001	2 (1; 2)	2 (1; 3)	2 (2; 3)	<0,001
Saavutettavuus	1 (1; 2)	2 (1; 2)	2 (1; 3)	<0,001	1 (1; 1)	1 (1; 2)	2 (1; 3)	<0,001
Taloudelliset esteet	1 (1; 2)	2 (1; 2)	2 (1; 3)	<0,001	1 (1; 1)	1 (1; 2)	2 (1; 3)	<0,001

Ilmoitettu mediaaneina, mdn sekä ala- ja yläkvartileina, (Q_1 ; Q_3)

Summamuuttujien alkuperäiset arvot:

1 = ei lainkaan, 2 = joskus, 3 = useimmiten, 4 = aina

Tilastollisesti merkitsevät p-arvot lihavoitu

Kuten aiemmin luvussa 6.3 kuvattiin, käsiteltiin hoidon saamisen esteitä multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin malleissa integraation, saavutettavuuden ja taloudellisten esteiden summamuuttujina (Liite 1). Vakioimattoman mallin (Taulukko 12) tulokset noudattivat Kruskal-Wallis testin tuloksia (Taulukko 8) hoidon saamisen esteiden summamuuttujien yhteydestä luottamukseen. Vakioinnin myötä kaikki tarkastellut esteet säilyttivät tilastollisen merkitsevyytensä, mutta ryhmien sisäiset ristitulosuhteet pienenivät.

Vakioidussa mallissa kiireellisen hoidon kohdalla kaikkien kolmen esteen, integraation (OR 1,691 LV 1,249–2,289), saavutettavuuden (OR 1,814 LV 1,322–2,488) ja taloudellisten esteiden (OR 1,382 LV 1,056–1,809) kokemisen lisääntyessä myös epäluottamuksen esiintyvyys kasvoi. Samaten tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen tunnetun epäluottamuksen esiintyvyys nousi integraation (OR 2,266 LV 1,744–2,944), saatavuuden (OR 1,474 LV 1,115–1,947) ja taloudellisten esteiden (OR 1,530 LV 1,198–1,955) kokemisen lisääntyessä.

7.4 Luottamus hoidon saamiseen ja pitkäaikaissairaus, terveyspalveluiden käyttö ja käyttöoikeus

Muiden aikaisemmin tarkasteltavien selittävien tekijöiden tavoin myös pitkäaikaissairauden, terveydenhuollon palveluiden käytön ja käyttöoikeuden suhteen ilmeni korkeampaa luottamusta tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja vastaavasti heikompaa luottamusta tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioimattomat (Taulukko 12) tulokset noudattivat ristiintaulukointien tuloksia.

Ristiintaulukoinneissa pitkäaikaissairaus ja luottamus tarvittavan kiireellisen ($p = 0,016$) ja säännöllisen ($p = 0,001$) hoidon saamiseen olivat toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä (Taulukko 9). Pitkäaikaissairaiden keskuudessa tunnettiin hivenen useammin epäluottamusta säännöllisen hoidon saamiseen kuin kiireelliseen. Pitkäaikaissairaus selitti myös multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioimattomassa ja vakioidussa mallissa luottamusta. Kuitenkin vakioinnin jälkeen pitkäaikaissairaus oli yhteydessä enää vain luottamukseen säännöllisen hoidon saamiseen. Vakioinnin myötä myös ristitulosuhteet laskivat eikä ryhmien sisällä havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kuin ei osaa sanoa -ryhmän osalta (OR 0,643 LV 0,420–0,984).

TAULUKKO 9. Vastaajien terveydentilan, terveydenhuollon palveluiden käytön ja palveluiden käyttöoikeuden yhteys luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen

Pitkäaikaissairaus ja palveluiden käyttö sekä käyttöoikeus	Luottamus tarvittavan kiireelliseen hoidon saamiseen, % (N)			P-arvo	Luottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen, % (N)			P-arvo
	Luottaa	Ei osaa sanoa	Ei luota		Luottaa	Ei osaa sanoa	Ei luota	
Pitkäaikaissairaus				0,016				0,001
Kyllä	85,7 (1072)	6,2 (78)	8,1 (101)		78,6 (978)	9,3 (116)	12,1 (151)	
Ei	89,2 (1168)	4,1 (54)	6,6 (87)		80,5 (1047)	11,5 (150)	8,0 (104)	
Vastaanottokäyntimäärät viimeisen 12 kk aikana				0,141				0,01
Ei yhtään	88,5 (184)	4,8 (10)	6,7 (14)		78,3 (162)	15,5 (32)	6,3 (13)	
1–3	89,5 (672)	3,9 (29)	6,7 (50)		82,2 (614)	8,3 (62)	9,5 (71)	
4–6	88,5 (502)	5,3 (30)	6,2 (35)		79,8 (450)	10,3 (58)	9,9 (56)	
7 tai yli	85,0 (622)	5,5 (40)	9,6 (70)		77,1 (561)	10,4 (76)	12,5 (91)	
Sairauskuvakuutus				0,102				0,704
Kyllä	88,6 (398)	5,0 (22)	6,4 (28)		80,9 (352)	10,1 (44)	9,0 (39)	
Ei, mutta harkinnut	85,4 (403)	4,4 (21)	10,2 (48)		77,4 (366)	11,0 (52)	11,6 (55)	
Ei, eikä harkinnut	87,9 (1458)	5,4 (90)	6,7 (111)		79,5 (1312)	10,2 (169)	10,2 (169)	
Työterveyshuolto				0,051				0,561
Kyllä	89,1 (1118)	4,6 (58)	6,3 (79)		79,7 (996)	10,1 (126)	10,2 (127)	
Ei	85,7 (859)	5,7 (57)	8,6 (86)		78,0 (779)	11,3 (113)	10,7 (107)	

Tilastollisesti merkitsevät tulokset lihavoitu

Myös vastaanottokäyntimäärien ja luottamuksen havaittiin olevan toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä, mutta vain säännölliseen hoidon osalta ($p = 0,01$). Vastaanottokäyntimäärien suhteen korkeinta epäluottamus säännöllisen hoidon saamiseen oli vastaanotolla 7 tai enemmän kertaa viimeisen vuoden aikana käyneillä vastaajilla (Taulukko 9). Vastaanottokäyntimäärät olivat myös multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioidussa mallissa tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Siinä vastaanottokäyntimäärät selittivät tosin vain ei osaa sanoa -vaihtoehdon osalta tunnettua epäluottamusta (Taulukko 10).

Sairauskuluvakuutuksen omistaminen tai oikeus työterveyshuollon palveluihin eivät olleet ristiintaulukoinnissa yhteydessä luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen tai luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Vakioimattomassa mallissa havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys työterveyshuollon ja kiireellisen hoidon saamista kohtaan tunnetun epäluottamuksen välillä. Vakioidussa monimuuttujamallissa ei kuitenkaan havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä luottamuksen ja sairauskuluvakuutuksen tai luottamuksen ja työterveyshuollon palveluiden käyttöoikeuden välillä.

TAULUKKO 10. Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioitu monimuuttujamalli

	Luottamus tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen (ref. luottaa)					Luottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen (ref. luottaa)				
	Ei luota		Ei osaa sanoa		P-arvo	Ei luota		Ei osaa sanoa		P-arvo
	OR	95 % LV	OR	95 % LV		OR	95 % LV	OR	95 % LV	
Sukupuoli					0,011					0,324
Nainen	1,004	0,631–1,596	0,448	0,261–0,768		1,104	0,746–1,633	0,773	0,528–1,133	
Mies (ref.)	1,0					1,0		1,0		
Ikä					0,123					0,472
18–29	0,362	0,133–0,981	0,445	0,134–1,473		0,721	0,278–1,869	0,640	0,246–1,663	
30–39	0,305	0,106–0,878	0,244	0,066–0,901		0,952	0,360–2,515	0,928	0,348–2,473	
40–49	0,431	0,151–1,228	0,324	0,091–1,151		0,812	0,303–2,177	0,558	0,201–1,549	
50–59	0,421	0,148–1,198	0,751	0,235–2,392		0,547	0,201–1,490	0,921	0,350–2,424	
60–69	0,440	0,160–1,209	0,790	0,265–2,355		0,809	0,310–2,112	0,612	0,228–1,640	
70–79 (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		
Koulutus					0,675					0,052
Perusaste	0,692	0,328–1,463	0,874	0,385–1,986		0,442	0,223–0,874	0,933	0,497–1,753	
Keskiaste	0,780	0,463–1,314	0,717	0,939–1,309		0,642	0,416–0,989	0,702	0,454–1,084	
Korkea-aste (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		
Työmarkkina-asema					0,605					0,464
Työtön	1,309	0,494–3,471	0,498	0,145–1,709		1,531	0,644–3,640	1,702	0,736–3,938	
Muu	0,859	0,380–1,943	0,582	0,230–1,475		0,916	0,466–1,799	0,917	0,467–1,802	
Työssä (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		
Toimeentulovaikeudet					<0,001					<0,001
Kyllä	2,151	1,297–3,569	2,350	1,310–4,217		2,138	1,388–3,294	1,964	1,267–3,044	
Ei (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		
Asuinalue					0,181					0,096
Harvaan asuttu maaseutu	1,687	0,625–4,551	0,193	0,013–2,816		0,650	0,244–1,730	0,422	0,119–1,490	
Ydinmaaseutu	1,235	0,536–2,849	1,993	0,859–4,626		0,670	0,325–1,381	0,504	0,221–1,151	
Kaupungin läheinen maaseutu	1,974	0,844–4,617	2,167	0,854–5,503		1,069	0,500–2,282	1,965	1,012–3,816	
Maaseudun paikalliskeskus	1,390	0,479–4,030	1,901	0,731–4,946		0,773	0,326–1,831	1,512	0,732–3,121	
Kaupungin kehysalue	1,948	0,910–4,170	0,767	0,268–2,196		0,625	0,308–1,268	0,720	0,355–1,460	

Ulompi kaupunkialue	1,850	1,007–3,401	1,376	0,698–2,712		1,129	0,709–1,798	1,281	0,805–2,040	
Sisempi kaupunkialue (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		
Hoidon saamisen esteet										
Integraatio	1,691	1,249–2,289	1,137	0,775–1,669	0,003	2,266	1,744–2,944	1,343	1,021–1,767	<0,001
Saavutettavuus	1,814	1,322–2,488	0,953	0,631–1,440	0,001	1,474	1,115–1,947	1,247	0,927–1,677	0,016
Taloudelliset esteet	1,382	1,056–1,809	1,740	1,232–2,457	0,001	1,530	1,198–1,955	1,270	0,956–1,688	0,002
Pitkäaikaissairaus					0,088					0,01
Kyllä	0,940	0,568–1,557	1,047	0,583–1,880		1,486	0,979–2,256	0,643	0,420–0,984	
Ei (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		
Vastaanottokäynnit viimeisen 12 kk aikana					0,218					0,042
1–3	0,917	0,294–2,864	0,450	0,145–1,397		0,929	0,315–2,745	0,298	0,140–0,633	
4–6	0,459	0,138–1,531	0,690	0,225–2,109		0,786	0,265–2,333	0,433	0,207–0,907	
7 tai yli	0,910	0,291–2,847	0,624	0,200–1,946		0,600	0,201–1,787	0,375	0,174–0,807	
Ei yhtään (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		
Sairauskuluvakuutus					0,085					0,766
Ei, mutta harkinnut	1,648	0,834–3,259	1,127	0,501–2,538		1,180	0,683–2,038	0,766	0,420–1,400	
Ei enkä harkinnut	0,789	0,412–1,514	0,796	0,398–1,592		1,272	0,691–2,342	0,954	0,582–1,564	
Kyllä (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		
Työterveyshuolto					0,448					0,893
Ei	1,393	0,667–2,908	1,522	0,675–3,435		0,859	0,458–1,610	0,976	0,524–1,816	
Kyllä (ref.)	1,0		1,0			1,0		1,0		

Tilastollisesti merkitsevät vertailut ja
p-arvot lihavoitu
Ilmoitetut p-arvot viittaavat muuttu-
jien kokonaisuun p-arvoihin
Referenssikategorioina luottavat kaikissa vertailuissa
OR = Odds ratio eli ristitulosuhde
95 % LV = 95 % luottamusväli

8 POHDINTA

Tässä luvussa esitetään tutkimuksen keskeiset tulokset, pohditaan niiden merkitystä ja tehdään vertailuja aikaisempiin tutkimuksiin. Lopuksi esitetään jatkotutkimusehdotuksia sekä kuinka tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa. Luvussa käydään myös läpi käytettyjen analyysimenetelmien vahvuuksia ja rajoitteita.

8.1 Tulosten yhteenveto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka terveydenhuollon hoidon saannin esteet ovat yhteydessä luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja luottamukseen tarvittavan säännölliseen hoidon saamiseen. Lisäksi oltiin kiinnostuneita siitä, miten sosioekonomiset ja demografiset tekijät, pitkäaikaissairaus, palveluiden käyttö ja käyttöoikeus ovat yhteydessä tarvittavan hoidon saamista kohtaan tunnettuun epäluottamukseen.

Tämän tutkimuksen keskeinen tulos on, että kaikki tarkastellut hoidon saamista estäneet tekijät olivat yhteydessä luottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja luottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Vastaajat, jotka olivat kokeneet tarvitsemansa hoidon saamista estäneen joko terveydenhuollon saatavuuden, integraation tai taloudellisten ongelmien, tunsivat muita useammin epäluottamusta tarvittavan kiireellisen ja säännöllisen hoidon saamiseen. Kaikkien esteiden kohdalla havaittiin niiden kokemisen lisääntyessä myös epäluottamuksen esiintyvyyden nousevan. Ristiintaulukoinnit osoittivat, että tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen luottivat vähiten vastaajat, jotka olivat kokeneet usein taloudellisia esteitä ja vastaavasti tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen integraation esteitä usein kokeneet.

Tulokset osoittivat sosioekonomisia eroja luottamuksessa, sillä epäluottamusta tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen ja epäluottamusta tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen tunsivat useammin vastaajat, jotka sairastivat pitkäaikaissairautta, olivat työttömiä ja kokeneet toimeentulovaikeuksia. Täten voidaankin todeta, että epäluottamus tarvittavan hoidon saamiseen kasautuu kaikista haavoittuvammalle osalle väestöä.

Muiden selittävien tekijöiden osalta havaittiin, että naisilla ja kauempana sisemmältä kaupunkialueelta asuvilla epäluottamus tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen oli miehiä ja sisemmällä kaupunkialueella asuneita yleisempää. Tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen taas luottivat vähiten 30–39- ja 40–49-vuotiaat sekä vastaanotolla 7 tai yli kertaa viimeisen vuoden aikana käyneet. Koulutuksen, oikeuden työterveyden palveluihin tai sairauskuluvakuutuksen omistamisen ei havaittu olevan yhteydessä epäluottamukseen tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen tai epäluottamukseen tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Multinomiaalisen logistisen regressiomallin tulokset osoittivat tunnetun epäluottamuksen kannalta merkitsevintä olevan palveluiden saatavuuden esteet, eivätkä niinkään käyttäjäkohtaiset ominaisuudet tai palveluiden käyttö.

8.2 Tulosten tarkastelu

Kotimaiset ja kansainväliset luottamuksen tutkimukset eroavat tähän tutkimukseen verrattuna asetelmiltaan jonkin verran, mutta tästä huolimatta tämän tutkimuksen tulokset ovat pääosin linjassa aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen. Saadut tulokset ilmentävät keskeisesti luvussa 2.2 esitettyä luottamuksen paradoksia. Epäluottamuksen yleistyminen hoidon saamisen esteiden kokemisen lisääntyessä sekä kasautuminen toimeentulovaikeuksia kokeneille tukee näkemyksiä siitä, etteivät terveydenhuollon toimintaperiaatteet ja tavoitteet palveluiden oikeudenmukaisuudesta ja yhdenvertaisesta saatavuudesta käyttäjäkohtaisista ominaisuuksista riippumatta täysin toteudu Suomessa (Aalto, Vehko ym. 2017; Karvonen ym. 2017; Manderbacka, Aalto ym. 2017; Manderbacka, Muuri ym. 2012).

Tämän tutkimuksen tulokset naisten ja vanhempien ikäluokkien useammin tuntemasta epäluottamuksesta ovat pääosin yhtenäisiä aikaisempien kotimaisten tutkimusten kanssa. Näissä tosin on tarkasteltu luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään kokonaisuutena tai yleistynyttä luottamusta. (Kankainen 2007; Kivisalmi 2017; Kouvo & Kankainen 2009; Niemelä 2015; Nuutinen 2008; Pentala-Nikulainen ym. 2018.) Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan verrata myös Vilkon, Finne-Soverin ja Heinolan (2010, 54–55) tutkimukseen, jossa havaittiin, että iäkkäistä noin joka kymmenes ei luottanut saavansa palvelujärjestelmästä tarvittaessa apua. Toisaalta taas mielenkiintoisesti uusin FinSote-tutkimus osoitti, että vanhemmat ikäluokat tunsivat ikäryhmistä korkeinta luottamusta terveyspalveluiden toimivuuteen (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Kuitenkin edellä esitetyissä tutkimuksissa luottamuksen kohdistaminen ei ole yhtenäistä, mikä heikentää tulosten vertailukelpoisuutta.

Myös Englannin ja Walesin terveydenhuoltojärjestelmään tunnettu luottamus nousi vanhempia ikäryhmiä tarkastellessa (Calnan & Sanford 2004). Kuitenkin tutkimustulosten eroavaisuus tähän tutkimukseen voi selittyä suomalaisen ja englantilaisen terveydenhuoltojärjestelmien eroavaisuuksilla ja kulttuurikohtaisilla seikoilla.

On mielenkiintoista, että juuri naiset ja iäkkäämmät tunsivat tässä tutkimuksessa hieman heikompaan luottamusta hoidon saamista kohtaan. Aallon, Vehkon ja kumppaneiden (2017) tutkiessa samaisia hoidon esteitä niin ikään Uudistuvat sosiaali- ja terveystalvet 2015 -aineiston pohjalta havaitsivat, että itse asiassa nuoremmat ikäryhmät olivat kokeneet kaikkia hoidon saannin esteitä vanhempia enemmän. Naiset sen sijaan olivat kokeneet miehiä enemmän vain integraation esteitä. Tulos on vertailukelpoinen, sillä tutkimuksessa on käytetty tämän tutkimuksen kanssa samaa aineistoa ja samaa summamuuttujaa hoidon esteiden tarkastelussa. Kuitenkin Aalto, Vehvo ja kumppanit (2017) olivat tarkastelleet vain vastaajia, jotka olivat käyttäneet terveystalvetuita viimeisen 12 kuukauden aikana. Onkin mahdollista, että aikaisemmat kokemukset tarkastellun ajanjakson ulkopuolella heijastuvat iäkkäämpien ja naisten tuntemaan korkeampaan epäluottamukseen. Toisaalta taas kyseessä voisi olla periodi- tai kohortti-ilmiö. Ehkä kyseisten ryhmien asenteet järjestelmän toimivuuteen olivat kriittisempiä tai heillä oli miehiä ja nuorempia enemmän sekä huonompia kokemuksia palveluiden käytöstä ja saatavuudesta. Koska erot olivat melko pieniä, voi kyseessä olla pelkkä sattumakin.

Tässä tutkimuksessa työttömät ja toimeentulovaikeuksia kokeneet tunsivat työssäkäyviä ja paremmin toimeentulevia useammin epäluottamusta tarvittavan kiireellisen ja säännöllisen hoidon saamiseen. Toimeentulovaikeuksien kokeminen selitti epäluottamusta tilastollisesti merkitsevästi vielä vakioinnin jälkeenkin. Tulos on samansuuntainen aikaisemman tutkimuksen kanssa (Ahnquist, Wamala & Lindström 2010; Kouvo & Kankainen 2009). Kyseisiin ryhmiin kuuluvien on havaittu kokevan enemmän integraatiosta, saatavuudesta ja taloudesta johtuvia esteitä (Aalto, Vehko ym. 2017), joka selittääkin korkeampaa epäluottamusta. Esteiden kokeminen selittyy luultavasti siten, että pienituloiset ovat usein saatavuuden ongelmista kamppailevien julkisten terveystalvetkeskuspalveluiden varassa. Vastaavasti paremmin toimeentulevilla on laajemmat mahdollisuudet navigoida palvelujärjestelmässä, vaatia hoitoa osakseen ja valita palvelutuottaja laajemmasta valikoimasta (Peltari & Kaila 2014, 33), jolloin myös hoidon saaminen on paremmin turvattua. Tämä ajatus perustuisi osittain sosiaaliseen pääomaan käsitteen ympärille, jonka mukaisesti parempiosaisilla on halussaan

enemmän näitä pääoman aineettomia resursseja, kuten verkostoja ja luottamusta (Kouvo & Kankainen 2009), joita pystytään hyödyntämään terveyspalveluissa toimimisen tehostamiseksi ja maksimoimaan siten niistä saatavat hyödyt (Hardin 2006, 75). Toimeentulovaikeuksia kokeneilla ja työttömillä taas lähtökohdat hoitoon hakeutumiselle ovat huomattavasti heikommat varallisten resursien lisäksi sosiaalisen pääoman puutteen vuoksi, mikä voi edelleen heikentää luottamusta hoidon saamiseen. Tässä yhteydessä tulokset ilmentävät luottamuksen paradoksia, jossa luottamusta eniten tarvitsevat kärsivät sen puutteesta.

Toisaalta on mahdollista, ettei tutkimukseen vastanneilla työssäkäyvillä ollut kokemusta julkisten terveydenhuollon palveluiden käytöstä, jolloin niihin voitiin kohdistaa korkeampaa luottamusta (Kouvo & Kankainen 2009). Vastaavasti he ovat voineet kohdistaa tuntemansa luottamuksen yksityisiin palvelutuottajiin tai työterveyteen, kun taas pienituloiset luultavimmin julkisiin terveyskeskuksiin. Koulutuksella ei kuitenkaan saatujen tulosten perusteella ole luottamuksen kannalta yhtä suuri merkitys, vaan pikemminkin sillä, että on mahdollisuus saada nopeasti terveyspalveluita, joihin on myös varaa. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmista tutkimuksista (Harjuniemi 1971; Niemelä 2015). Kuitenkin myös päinvastaisia tuloksia työtilanteen ja luottamuksen välisestä suhteesta löytyy. Kivisalmen (2017) tutkimuksessa työttömät tunsivat ammattiryhmistä korkeinta luottamusta terveydenhuoltoon kohtaan. Sen sijaan tässä tutkimuksessa koulutusasteiden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja luottamuksessa ristiintaulukoinneissa. Kuitenkin kuten Kivisalmen (2017) tuloksissa, myös tässä tutkimuksessa multinomiaalisessa logistisessa regressioanalyysissä epäluottamuksen esiintyvyys säännöllisen hoidon saamiseen oli matalasti kouluttautuneilla jopa pienempi korkea-asteen suorittaneisiin verrattuna. Tulos on sikäli mielenkiintoinen, että kuitenkin matalasti kouluttautuneiden on havaittu kokevan saavansa liian vähän tarvitsemiaan lääke- ja hoivapalveluita (Pentala-Nikula ym. 2018). Kuitenkin tulos luultavasti selittyy edellä esitetystä sillä, että hoidon saamiseen luottamisen kannalta merkityksellisintä ovat luultavasti taloudelliset seikat ja mahdollisuus hyödyntää eri palvelutuottajien palveluita.

Tämä tutkimus ei osoittanut luottamuksen olevan yksiselitteisesti heikompaa harvaan asutuilla alueilla verrattuna kaupunkialueisiin. Joitain viitteitä alueellisista eroista saatiin, mutta erot jäivät hyvin maltilliseksi. Onkin mahdollista, että tämän tutkimuksen tuloksissa havaitut hyvin maltilliset erot voisivat selittyä sattumalla tai pienillä ryhmäkoilla, jotka ovat voineet aiheuttaa hajanaisuutta tuloksiin. Tämän tutkimuksen tuloksien yhteneväisyyttä aikaisempaan tutkimukseen on vaativaa tehdä,

sillä luottamuksen alueellinen jakautuminen näyttää vaihtelevan tutkimuksittain (Kauppinen & Karvonen 2014; Niemelä 2015; Niemelä 2012). Kauppisen ja Karvosen (2014, 92) tulosten mukaan epäluottamusta esiintyi eniten harvaan asutulla maaseutualueella, jota voidaan varovasti pitää verrannollisena tähän tutkimukseen. Erityisesti hoidon saannin esteiden kokemisen on havaittu olevan maaseutumaisilla alueilla kaupunkialueita yleisempää (Aalto, Vehko ym. 2017). Kuitenkin tiedetään, että terveydenhuollon palveluiden saatavuudessa on maan sisällä huomattaviakin eroja, jonka vuoksi olisi ollut aivan mahdollista, että nämä saatavuuden ongelmat heijastuisivat myös luottamukseen hoidon saamiseen. Kuitenkaan tämän tutkimuksen tulokset eivät antaneet tälle hypoteesille tukea.

Aikaisempien tutkimusten tavoin tämän tutkimuksen tulokset osoittivat pitkäaikaissairaiden kokevan terveitä useammin epäluottamusta (Ahnquist, Lindström & Wamala 2008; Lindström & Janzon 2007; Niemelä 2015). Tämän tutkimuksen tuloksissa pitkäaikaissairaus selitti vielä vakioidussa mallissa luottamusta säännöllisen hoidon saamiseen. Tulos selittyy luultavasti sillä, että pitkäaikaissairailta on oletettavasti suurempi tarve saada kyseistä säännöllistä hoitoa ja seuranta pitkäaikaissairauteensa. Samaten pitkäaikaissairaiden on havaittu kokevan muita useammin hoidon saannin esteitä (Aalto, Vehko ym. 2017), mikä voikin selittää heidän kokemaansa heikompaa luottamusta säännöllisen hoidon saamiseen. Tulos on hieman samansuuntainen myös Calnan ja Sanfordin (2004) tutkimuksen kanssa, sillä heidän tutkimuksessaan vakioidussa mallissa luottamusta parhaiten selittivät koettu terveys ja vakuutus. Mielipiteiden terveydenhuollosta onkin havaittu olevan kriittisempiä terveytensä heikommaksi kokevilla (Klavus 2010, 38; Niemelä 2012, 28) ja toisaalta alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla (Raivio ym. 2014). Onkin täysin mahdollista, että pitkäaikaissairaiden tuntema heikompi luottamus selittyisi ainakin osittain heidän terveydentilan kautta, joka heijastuisi edelleen mielialaan ja siten ohjaisi näkemyksiä hoidon saannista.

Vastaanotolla viimeisen vuoden aikana 7 tai yli kertaa käyneet luottivat käyntiryhmistä vähiten niin tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen kuin tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen. Käyntimäärät selittivät luottamusta vielä monimuuttujamallissa säännöllisen hoidon osalta. On havaittu, että erilaisiin hyvinvointipalveluihin ja tarveharkintaisiin etuuksiin luottavat eniten ne, joiden ei ole tarvinnut käyttää kyseisiä palveluita (Kouvo & Kankainen 2009), kuten työssäkäyvien kohdalla hieman aikaisemmin pohdittiin. Paradoksaalisesti siis ne vastaajat, joilla on ollut eniten käyntejä ja siten varmasti tarvetta palveluille, ovat luottaneet tässä tutkimuksessa vähiten saavansa tarvitsemaansa

palvelua. Niukan aikaisemman tutkimuksen vuoksi vertailua on vaikeaa tehdä, mutta tämän tutkimuksen tulokset ovat erilaisia Niemelän (2015) tutkimukseen verrattuna, jossa vastaanottokäynnit eivät selittäneet luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään. Kuitenkin tulosten erilaisuus voi selittyä eroilla luottamuksen kysymyksen asetteluiden eroavaisuuksilla.

Vastaanotolla useamman kerran vuoteen käyminen merkitsee oletettavasti, että kyseiset henkilöt kokevat terveytensä jollain tapaa heikommaksi ja heillä on oletettavasti suhteellisen paljon kokemusta terveydenhuoltojärjestelmässä asioimisesta, jolloin nämä kokemukset voivat hyvinkin heijastua luottamukseen sitä heikentävästi (ks. Mollborn, Stepanikova & Cook 2005; Ozawa & Sripad 2013). Hyvin monenlaiset kokemuksen palveluista voivat muovata herkästi luottamusta suuntaan tai toiseen, esimerkiksi lääkärin sekä hoitajien dynamiikat sekä ulosanti (Kankainen 2007,106; Ozawa & Sripad 2013). Todennäköisesti saadut tulokset selittyvät sillä, että vastaanotolla usein käyneillä oli takanaan useampia kokemuksia hoidon saannin esteistä (Aalto, Vehko ym. 2017). Tämän myötä saadut tulokset tukisivatkin aikaisempia tutkimustuloksia (Harjuniemi 1971) siitä, että terveydenhuollon palvelukokemukset voivat heijastua luottamukseen monella eri terveydenhuollon osa-alueella, jolloin myös niiden merkitys luottamuksen kannalta on hyvinkin keskeinen.

Niin tässä tutkimuksessa, kuten aikaisemmassakaan kotimaisessa tutkimuksessa (Niemelä 2015), työterveyshuollon palveluiden käyttöoikeus tai vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus eivät selittäneet epäluottamusta. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen ottaminen tai sen ottamisen harkitseminen ei tulosten perusteella kerro suoranaisesti luottamuksen määrästä. Se voi mahdollisesti viitata pikemminkin muutoksiin käyttötottumuksissa ja haluun valita vapaasti itse palvelutuottaja puolistuneesta valikoimasta (Nguyen & Seppälä 2014, 205). Työterveyden palveluiden käyttöoikeus oli tässä tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyyden rajoilla, ja tulosten perusteella se voisikin kertoa siitä, että kyseisten palveluiden hyvä saatavuus on luottamusta vahvistavaa.

Hoidon saamista estäneiden tekijöiden kokeminen osoittautui tämän tutkimuksen valossa olevan keskeisessä asemassa tarvittavan hoidon saamista kohtaan tunnetun epäluottamuksen kannalta. Myös aikaisemmassa kotimaisessa tutkimuksessa on havaittu kielteisten sairaalakokemusten lisääntymisen ja heikomman luottamuksen olevan toisiinsa yhteydessä (Harjuniemi 1971). Toisaalta kielteisten kokemusten tunteminen ei ole verrannollinen hoidon saamisen esteiden kokemiseen. Harjuniemen (1971) tulos kertoo kuitenkin siitä, että terveydenhuollon palvelukokemuksilla on merkitystä luottamuksen synnyssä. Luottamuksen on havaittu olevan hyvinkin haurasta, jolloin yksikin

luottamusta säröttävä kokemus terveydenhuollossa riittää rappauttamaan muihin terveydenhuollon alueilla koettua luottamusta, kuten palveluiden saantiin luottamista (ks. Kankainen 2007, 106; LaVeist ym. 2009).

Tulosten perusteella epäluottamusta tunnettiin useammin säännöllisen hoidon saamiseen kuin kiireellisen. Tätä voi selittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitopolkujen eroavaisuudet (Pelttari & Kaila 2014, 19). Kiireellisen hoidon saatavuus näyttäytyy sen järjestämistapojen ja lainsäädännön valossa olevan säännöllistä hoitoa parempaa, mikä kenties näkyykin myös tämän tutkimuksen tuloksissa korkeampana luottamuksena sen saamista kohtaan. Emme voi kuitenkaan kyselylomakkeen kysymyksen asettelusta johtuen tietää, ovatko vastaajat kohdistaneet luottamuksensa terveyskeskuspäivystykseen, ensihoitoon vai ovatko he tehneet vastaavaa jakoa lainkaan. Jaon tekeminen on sikäli olennaista, että kun tiedetään luottamuksen kohde, voidaan pääsääntöisesti kartoittaa siihen latautuvia odotuksia ja toisaalta palveluiden järjestämistapoja. Kiireellisen hoidon tiedetään väestössä laajasti olevan hätänumeron kautta hyvinkin helposti saatavilla, mikä voi näkyä saaduissa tuloksissa.

Tarkastelluista esteistä tai niiden pohjalta tehdyistä summamuuttujista ei noussut tuloksissa luottamusta merkitsevästi enemmän tai vähemmän selittäväksi tekijäksi. Joitain poikkeamia havaittiin siten, että pompottelua kokeneet ja asioitaan useasti tai monelle eri henkilölle selittäneet tunsivat useimmiten epäluottamusta säännöllisen hoidon saamiseen. Tulos on mielenkiintoinen ja voisikin kertoa siitä, että kyseisiin ongelmiin törmänneiden intersoonallinen luottamus (Taulukko 1) hoitohenkilökuntaan on kokenut kolahduksia ja siten heijastuu institutionaaliseen luottamukseen. Säännöllinen hoito pitkäaikaissairauteen vaatii lisäksi sitoutumista pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen, jolloin luottamus on kenties entistäkin merkitsevämpää. Koska tutkimustietoa aiheesta ei ole, jää pohdinta lähinnä teoriatasoiselle spekuloinnille.

Kiireellisen hoidon kohdalla taas useimmiten epäluottamusta kokivat vastaajat, joiden hoidon saamista oli haitannut korkeat asiakasmaksut ja oma taloudellinen tilanne. Voisiko olla, että kyseiset vastaajat ovat mieltäneet tai kokeneet kiireellisen hoidon säännöllistä hoitoa kalliimmaksi ja siten tunteneet enemmän epäluottamusta sitä kohtaan? Tai toisaalta mahdollisesti vastaajien tiukka taloudellinen tilanne yhdistyy laajempaan epäluottamuksen tuntemukseen, joka vain sattumalta näkyi kiireellisen hoidon kohdalla.

Tämän tutkimuksen tuloksissa on havaittavissa luottamuksen paradoksia, sillä tarvittaessa saatavan kiireellisen ja säännöllisen hoidon saamiseen luottivat vähiten vastaajat, jotka olivat heikommassa asemassa ja joilla oletettavasti oli suurempi tarve palveluille, ja siten myös luottamukselle. Korkeaa luottamus oli vastaajilla, joilla ei lähtökohtaisesti olisi tarve luottaa (ks. Kankainen 2007, 16). Tämä vuoksi tunnettu epäluottamus näyttäytyy tässä tutkimuksessa epätasa-arvoisesti kasautuvan pienelle osalle väestöä.

Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että terveydenhuollon palveluiden hyvä saatavuus on yksilötason tekijöitä merkittävämpiä luottamuksen tuntemisessa. Samankaltaisiin päätelmiin on päädytty myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Kivisalmi 2017; Laamanen ym. 2006; Niemelä 2015). Tässä tutkimuksessa havaittu hoidon saamista estäneiden tekijöiden kokemisen yhteys useammin koettuun epäluottamukseen antaa arvokasta ja uutta tietoa siitä, kuinka terveydenhuollon rakenteelliset epäkohdista johtuvat saatavuuden epäkohdat kenties ylläpitävät ja ruokkivat epäluottamusta. Havaittu epäluottamus hoidon saamiseen ilmentää luvussa 3.2 kuvattuja julkisten terveyspalveluiden saatavuuden ongelmia, palveluketjujen rikkonaisuutta sekä monikanavaisen rahoitusjärjestelmän eriarvostavaa vaikutusta (Aalto, Manderbacka ym. 2016; Hetemaa ym. 2018; 118–120; Klavus 2010, 35), jotka yhdessä estävät palveluiden yhdenvertaista saatavuutta väestössä.

Toisaalta on täysin mahdollista, ettei hoidon saamista kohtaan tunnettu epäluottamus kerro siitä, että vastaajat olisivat kokeneet henkilökohtaisesti palveluiden saannin esteitä tai olisivat edes asioineet terveydenhuollossa. Epäluottamus voi olla muodostunut mielikuvien pohjalta ja toisaalta siirtyä terveydenhuollon osasta koskemaan toista sen osaa (Kankainen 2007, 95; Kouvo & Kankainen 2009). Niin ikään ajatus siitä, ettei hoitoa saa, voi olla myös median tai tuttujen kanssa jaettujen näkemysten ruokkima ja ylläpitämä, eikä siten välttämättömästi omakohtaisiin kokemuksiin perustuvaa. Aihetta olisi mielenkiintoista tutkia lähemmin haastattelututkimuksen kautta, jolloin voitaisiin ymmärtää tarkemmin mielikuvien heijastuksia näkemyksiin terveydenhuollosta. Haastattelututkimus voisi toimia niin ikään selittäjänä sille, millaisiin asioihin luottamus kotimaiseen terveydenhuoltoon kytkeytyy ja millaisia merkityksiä luottamuksella on palveluiden käytölle sekä onko jokin hoidon saantia haittaava este luottamuksen kannalta toista merkitsevämpää.

On mielenkiintoista, kuinka luottamus tarvittavan hoidon saamiseen kehittyy sote-uudistuksen myötä, vai tapahtuuko muutosta lainkaan. Terveydenhuolto on ollut sote-uudistuksen myötä usein pinnalla uutisissa ja mediassa. Uudistukseen on liittynyt paljon epävarmuutta ja takapakkeja, jonka myötä myös luottamusta terveydenhuollon tulevaisuuteen ja palveluiden saantiin tarvitaan. Kenties

jo tämän tutkimuksen vastaajien tuntema luottamus oli sävyttynyt sote-uutisoinnin myötä, joko positiivisesti tai negatiivisesti. Uudistuksen tavoitteita pidetään väestössä tärkeinä ja toivottuina, jonka vuoksi uudistuksessa tapahtuneet takaiskut ja viivästykset voivat hyvinkin heijastua järjestelmään kohtaan tunnettuun luottamukseen. (Aalto, Manderbacka ym. 2016.) Terveydenhuoltopolitiikassa, kuten laajemmin sosiaali- ja terveystaloudellisessa päätöksenteossa, kilpailevat nykypäivänä yhä laajemmin erilaiset taloudelliset ja poliittiset intressit sekä markkinamekanismit, jotka vaativat palveluiden käyttäjiltä luottamusta järjestelmän perimmäisiin tehtäviin (ks. Gille ym. 2015), ja sen myötä luottamus nousee välttämättömyydeksi.

On myös mielenkiintoista, näkyvätkö soten ja maakuntauudistukseen poliittiset ratkaisut ja muutokset palvelujärjestelmän rakenteissa laajemmin yhteiskunnassa vallitsevan luottamuskulttuurin muutoksissa lähivuosina (Kouvo & Kankainen 2009). Selvää on, että terveydenhuollon legitimitietin säilyttäminen on tärkeää, jotta väestö hyväksyy uudelleenmuodostetun järjestelmän ja kykenee turvautumaan sen tarjoamiin palveluihin, jolloin myös uudistuksen tavoitteiden toteutuminen turvautuu. Väestön tuntema luottamus kertoo monia eri asioita järjestelmän toimivuudesta ja väestön hyväksynnästä sitä kohtaan (Kouvo & Kankainen 2009). Mahdolliset muutokset esteiden ja luottamuksen suhteessa voivat kertoa paljonkin siitä, kuinka uudistuksen tavoitteet palveluiden yhteensovittamisesta ja saatavuuden parantamisesta ovat toteutuneet, jolloin väestön tunteman luottamuksen tarkasteleminen jatkossakin voi auttaa näiden havainnollistamisessa.

8.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet

Tätä tutkimusta tehdessä on pyritty välttämään erilaisten virheiden syntymistä, mutta tästä huolimatta näiltä ei aina voida välttyä. Tämän vuoksi virheiden arvioiminen on olennainen osa tutkimuksen luotettavuuden ja yleistettävyyden arviointia. (Hirsijärvi 2007, 226.) Keskeinen tapa arvioida tutkimuksen luotettavuutta on tarkastella sen reliabiliteettia ja validiteettia, jotka yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata riittävän hyvin sitä, mitä sen oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti sen sijaan kertoo toistettavuudesta eli siitä, kuinka johdonmukaisesti tutkimus tuottaa samat tulokset analyytit toistettaessa. (Alkula 1994, 94; Heikkilä 2008, 185; Nummenmaa 2009, 347.) Tämän tutkimuksen kokonaisluotettavuutta tarkastellaan käsittely-, mittaus-, kato- ja otantavirheiden avulla, jotka ovat voineet aiheuttaa tuloksiin systemaattisia tai satunnaisia virheitä (Heikkilä 2008, 185).

Tämän tutkimuksen vahvuutena ovat käytetyt otantamenetelmät. Yksinkertaisen satunnaisotannan käyttäminen on taannut sen, että kaikilla perusjoukkoon kuuluneilla on ollut yhtäläinen todennäköisyys tulla valituksi otokseen (Alkula 1994, 110). Tutkimuksen otokseen valikoituneet oli poimittu systemaattisella satunnaisotannalla Tilastokeskuksen hallinnoimista virallisista tietokannoista perusjoukkoon kuuluvista, mikä lisää otoksen edustavuutta ja tulosten luotettavuutta (Heikkilä 2014, 40; Tilastokeskus 2007, 28). Vain tämän kaltaisen satunnaisesti valitun otoksen tulokset voidaan luotettavasti yleistää koskemaan vastaavan ikäisiä suomalaisia, johon tässä tutkimuksessa pyrittiin (Luoto 2009; Nummenmaa 2009, 25). Poikkileikkausasetelmasta johtuen tuloksista ei voida kuitenkaan tehdä kausaalipäätelmiä (Alkula ym. 1994, 162, 172), vaan voimme yksinkertaisesti todeta luottamuksen kiireellisen ja säännöllisen hoidon saamiseen olevan yhteydessä koettuihin hoidon saamisen esteisiin ja osittain palveluiden käyttöön sekä käyttäjäkohtaisiin ominaisuuksiin.

Vaikka tutkimuksen otantamenetelmät ovatkin yksi tämän tutkimuksen vahvuuksista, jäi tämän tutkimuksen vastausprosentti alhaiseksi sen ollessa 43,8 % (n = 2626). Yhtenä suosituksena on tulkita alle 60 % vastaajamäärän aineiston tuloksia ainakin osittain harhaisina valikoitumisen vuoksi (Luoto 2009). Otanta onkin yksi keskeisimpiä tulosten satunnaisuutta lisäävistä tutkimusvaiheista (Alkula 1994, 113; Heikkilä 2008, 187). Vastauskadon on havaittu esiintyvän etenkin vapaaehtoisuuteen perustuvien kyselytutkimuksien kaltaisissa aineistoissa. Viime vuosina vastaamattomuus on yleistynyt niin Suomessa kuin kansainvälisesti. (Luoto 2009; Suominen ym. 2012; Tilastokeskus 2007, 71.) Taivottua pienemmän tutkimusjoukon saavuttaminen on monelta osin ongelmallista, erityisesti tulosten yleistettävyyden ja otoksen edustettavuuden vuoksi. Tutkimuksiin vastaajat ja vastaamattomat, eli katoon jäävät, poikkeavat usein toisistaan ja voivat aiheuttaa tuloksiin harhaa. (Heikkilä 2008, 43; Tilastokeskus 2007, 71.)

Kun vastauskadon määrästä tai vastaamattomista on saatavilla tarkempaa tietoa, on katoa mahdollista korjata käyttämällä painotusta ja näin korjata valikoitumisharhaa (Fowler 2009, 154–156; Kyselyaineiston havaintojen painottaminen 2008). Koska tässä tutkimuksessa käytettävässä aineistossa oli havaittavissa ainakin pientä systemaattista vinoumaa (ks. luku 6.3), korjattiin sitä analyysipainomuuttujan avulla (Alkula 1994, 113–114). Tämän vuoksi saatuja tuloksia voidaan luotettavasti yleistää Suomen väestöön. Toisaalta painotuksen vaikutuksista virheiden korjaamisen ollaan Fowlerin (2009, 157) mukaan eri mieltä, sillä on täysin mahdollista, että tulokset olisivat samansuuntaiset ilman painottamista. Painotukseen sisältyy myös se ongelma, että se on voinut korostaa

aineiston systemaattisia vinoutumia, jolloin esimerkiksi jokin ryhmän edustajat ovat olleet painotuksen jälkeen entistä korostetumpia. (Fowler 2009, 157.) Voikin olla, että tämän tutkimuksen tuloksissa on painotuksesta huolimatta pientä systemaattista vinoumaa.

Painotuksen käyttäminen ei myöskään korjaa muita aineistosta mahdollisesti löytyviä harhoja (Fowler 2009, 157). Tutkimuksen eri vaiheissa on voinut ilmetä muita satunnaisuutta aiheuttavia virheitä kuten haastateltavien muistivirheitä, valehtelemista, kaunistelua tai lyöntivirheitä (Alkula 1994, 90, 94). Kyselylomakkeen retrospektiivisten kysymysten vuoksi vastauksiin on voinut tulla muistivirheitä ja sävyttyneisyyttä nykyhetken kautta (Alkula 1994, 172) muun muassa ilmoitettujen lääkäri- ja hoitajakäyntien ja hoidon saamisen esteiden kokemisen osalta. Kuitenkin tällaisten virheiden osuus on oletettavasti vastauksissa maltillista, jolloin ne tuskin ovat vaikuttaneet suuresti tulosten luotettavuuteen.

Tutkimuksen reliabiliteettia voidaan tarkastella uudelleenmittauksilla (Heikkilä 2008, 187). Tietoa siitä, oliko kyselylomaketta laatiessa tehty uudelleenmittauksia tai arvioita kysymysten validiteetista, ei ollut saatavilla. Kuitenkin tämän tutkimuksen analyysit on mahdollista toteuttaa uudelleen ja siten tarkastella niiden reliabiliteettia, sillä aineistoon on kaikilla käyttölupasitoumusta vastaan vapaa pääsy. Tämän tutkimuksen kaikki vaiheet on pyritty myös kuvaamaan tarkasti, jolloin niitä on mahdollista seurata ja toteuttaa uusinta-analyysit niin halutessa.

Tämän tutkimuksen vahvuuksia ovat tutkittavien tekijöiden mittarit, tutkittavien tekijöiden pohjautuminen aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen sekä käytetyt analyysinmenetelmät. Selittävät tekijät vakioitiin suhteessa toisiinsa monimuuttujamallissa, jolla pyrittiin hallitsemaan mahdollisimman kattavasti mahdollisia sekoittavia tekijöitä (Hosmer ym. 2013, 64). Kuitenkin on mahdollista, että tästä tutkimuksesta on jäänyt vakioimatta joitain tulosten kannalta olennaisia tekijöitä. Esimerkiksi vastaajien siviilisäätyä ei käytetty vakioinnissa, vaikka sen on havaittu olevan ainakin yleistyneen luottamuksen mahdollinen sekoittava tekijä (Giordano & Lindström 2016). Myös sosiaalisten verkostojen tarkastelu suhteessa luottamukseen voisi toimia sitä selittävinä tekijöinä (Deroose & Varda 2009). Toisaalta tässä tutkimuksessa käytetty vakioitavien tekijöiden laajuus on samalla sen rajoite ja rajatummalla vakioinnilla olisikin voitu saada erilaisia tuloksia, koska liiallisen vakioinnin myötä keskivirheiden suuruus voi nousta (Hosmer ym. 2013, 90; Uhari & Niemelä 2012, 251).

Tutkittavia tekijöitä ilmaisevien muuttujien uudelleen luokitteluihin haettiin mallia aikaisemmista tutkimuksista ja luokittelut tehtiin harkiten tutustumalla ensin frekvenssijakaumiin ja kokeilemalla

erilaisia ratkaisuja luokituksille (Heikkilä 2008, 133). Kuitenkin tässä tutkimuksessa tehtyjen luokittelujen rajoite on se, että siinä tiivistetään tietoa. Tulosten tulkinnan kannalta haasteita asetti joidenkin luokkien pienet koot. Ristiintaulukoinneissa havaittiin ei osaa sanoa ja joidenkin ei luota -ryhmien olevan pieniä, kun ne suhteutettiin selittäviin muuttujiin. Pienet ryhmäkoot ovatkin voineet aiheuttaa tuloksiin satunnaisuutta.

Tämän tutkimuksen taustamuuttujina käytettyihin ikään ja työasemaan liittyy harvoin satunnaisuutta (Alkula 1994, 94). Muut käytetyt taustamuuttujat eli asuinalue, koulutus ja sukupuoli lisättiin aineistoon Tilastokeskuksen rekistereistä ammattilaisten toimesta, jonka vuoksi myös niissä ilmenevien satunnaisvirheiden todennäköisyys vaikuttaisi olevan pieni. Tutkittavien sosioekonomista asemaa tarkasteltiin koulutusta, työasemaa ja toimeentulovaikkeitä ilmaisevien muuttujien kautta. Koulutus oli lisätty siis jälkikäteen aineistoon, mutta työaseman ja toimeentulovaikkeudet vastaajat ilmoittivat itse annettujen vastausvaihtoehtojen avulla. Tämän vuoksi työaseman osoittimen reliabiliteetti voi olla koulutusta heikompi, mutta toimeentulovaikkeuksiin tuskin liittyy suurta satunnaisuutta yksinkertaisesta kysymyksenasettelusta johtuen.

Vastaanottokäyntimääriä tarkasteltiin summaamalla lääkärin ja hoitajan vastaanottokäynnit viimeisen 12 kuukauden aikana yhteen. Luottamuksen kannalta tämän kaltainen yhdistäminen voi olla tarkoituksenmukaisempaa, sillä sen tuntemisessa merkitsevämpää voi olla hoitoon pääsy ylipäätään ja itse vuorovaikutuksen laatu, tapahtuu se sitten hoitajan tai lääkärin kanssa. Kuitenkin ongelmana itseilmoitetuissa vastaanottokäyntimäärissä on niihin mahdollisesti sisältyvät muistivirheet, kuten edellä käsiteltiin.

Pitkäaikaissairauden ilmoittamiseen tuskin liittyy suurta satunnaisuutta, sillä kysymykseen sisällytettiin vaatimus, että sairauden tulee olla lääkärin toteama. Pitkäaikaissairauden käyttäminen taustamuuttujana on kuitenkin rajallinen terveydentilan osoitin. Emme voi tietää, missä määrin pitkäaikaissairaus on hankaloittanut sitä sairastavien elämää tai kuinka he kokivat oman terveytensä. Toisaalta pitkäaikaissairaat todennäköisesti tarvitsevat terveydenhuollon palveluita – etenkin säännöllistä hoitoa – terveitä enemmän, jonka vuoksi sitä oli mielekästä tarkastella suhteessa luottamukseen.

Muodostettujen integraation, saavutettavuuden ja taloudellisten esteiden summamuuttujien vahvuus on niiden pohjautuminen aikaisemmassa tutkimuksessa tehtyyn faktorianalyysiin (Liite 1),

jossa muuttujien on todettu luotettavasti mittaavan samaa asiaa (Aalto, Vehko ym. 2017). Summamuu-
tuuttajan reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfan kautta (Aalto, Vehko ym. 2017). Cronbachin
alfa on yleisesti käytetty mitta, joka kertoo mittarin sisäisestä yhtenäisyydestä. Yksi alfan riittävänä
pidettävä alaraja on noin 0,60, vaikka rajoista ei ollakaan ehdottomia. Mitä suurempi alfan arvo, sitä
paremmin tutkittavat muuttujat mittaavat samaa asiaa. Maksimiarvo, jonka alfa voi saada on yksi.
(Alkula 1994, 97–98; Metsämuuronen 2002, 51, 61.) Aallon, Vehkon ja kumppaneiden (2017) tutki-
muksessa havaittujen ulottuvuuksien keskinäinen korrelaatio oli riittävä (Liite 1) – yksikään alfan
arvo ei ollut alle 0,7, jonka vuoksi havaittujen ulottuvuuksien todettiin kuvastavan samoja ulottu-
vuuksia (Aalto, Vehko ym. 2017; Alkula 1994, 97–99; Nummenmaa 2009, 357). Näinpä luotujen sum-
mien – integraation, saatavuuden ja taloudellisten esteiden – voidaan luotettavasti todeta mitan-
neen kyseisiä hoidon saamista estäneiden tekijöiden kokemista ja tässä tutkimuksessa niistä saatui-
hin tuloksiin suhtautua luotettavasti.

Toisaalta summamuuttujiin liittyy joitain rajoitteita. Nummenmaan (2009, 161–162) mukaan sum-
mamuuttujien luomista tulisi välttää, mikäli mahdollista, sillä ne tiivistävät tietoa (ks. myös Heikkilä
2008, 133). Kuitenkin tiivistämisen etu on se, ettei näin tarvitse käyttää niin montaa yksittäistä
muuttujaa. Koska hoidon saamista estäneitä tekijöitä ei käsitelty multinomiaalisessa logistisessa
regressioanalyysissä alkuperäisessä muodossa kuutena erillisenä muuttujana, emme voi tietää mil-
laista vastaajien tuntemaan luottamuksen esiintyvyys ollut niiden suhteen. Hoidon saamisen estei-
den käyttäminen summamuuttujina monimuuttujamallissa oli kuitenkin tämän tutkimuksen aikara-
joitteiden ja laajuuden vuoksi toimivin ratkaisu, jonka vuoksi summamuuttujien kyky tiivistää tietoa
toimikin tutkimuksen eduksi.

Luottamuksen ja hoidon saamisen esteiden kaltaisten likert-asteikollisten kysymyssarjojen rajoite
on, ettei niiden perusteella voi tietää, onko kysytyistä kohdista jokin kenties saanut vastaajien kes-
ken muita kohtia suuremman painoarvon (Heikkilä 2014, 51). Vastauksia tulkitaan silti samanarvoi-
sina, vaikka jokin onkin voinut olla luottamuksen kannalta merkitsevämpi tai vähemmän merkitsevä
(Alkula 1994, 121). Voi myös olla, että edelliset kohdat ovat ohjanneet seuraaviin kohtiin vastaa-
mista (Heikkilä 2014, 51).

Tutkimuksen tuloksia pohdittaessa tulee huomioida, että tämän tutkimuksen kohteena oli luotta-
mus siihen, että saa tarvittaessa kiireellistä hoitoa äkilliseen vakavaan sairauteen sekä luottamus
siihen, että saa tarvittaessa säännöllistä hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen. Se, että luotta-

musta tarkasteltiin erikseen kiireellisen ja säännöllisen hoidon osalta, on tämän tutkimuksen vahvuus. Näin pystyttiin tarkastelemaan mahdollisia eroja luottamuksessa terveydenhuollon järjestämisvastuulla olevan kiireellisen ja säännöllisen hoidon saamiseen ja siten saamaan tarkempaa tietoa mahdollisista eroista luottamuksessa terveydenhuollon sisällä (vrt. Aalto, Manderbacka ym. 2016). Kysymyslomakkeessa luottamuksen kohde oli määritelty suhteellisen yksityiskohtaisesti terveydenhuollon suhteen (ks. Kankainen 2007, 67). Tässä tutkimuksessa käytettävien kiireellisen ja säännöllisen hoidon lisäksi vastaajat olivat ilmaisseet luottamuksensa terveyspalveluiden henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen sekä tarvittaessa saatavien vanhusten palveluiden saamiseen, jonka vuoksi luottamuksen kohteet terveyden- ja sosiaalihuollon eri osa-alueilla oli tarkasti määritelty.

Tarkasta määrittelystä huolimatta tutkimuksen validiteetin kannalta on olennaista pohtia, mittasivatko luottamuksen kysymykset juuri luottamusta hoidon saamiseen, vai johonkin muuhun terveydenhuollon yksikköön kohdistettua luottamusta. Kiireellisen hoidon kohdalla kysyttiin luottamusta hoidon saamiseen *äkilliseen vakavaan sairauteen*. Vastaajille oli jätetty tulkittavaksi, mikä heistä on äkillinen vakava sairaus. Sen voi mieltää hyvin tavoin ja käsitteen tulkitsemiseen ovat luultavasti vaikuttaneet monet vastaajakohtaiset tekijät. Kuitenkin vaivan vakavuudesta ja ajankohdasta riippuu pitkälti se, mihin terveydenhuollon yksikköön hakeudutaan hoitoon ja siten mihin näistä vastaajat ovat luottamuksensa kohdistaneet. Säännöllisen hoidon saamisen luottaessa kysymyksen asettelu oli sen validiteetin pohtimisen kannalta kiireellistä hoitoa yksiselitteisempää, sillä siinä kysyttiin luottamusta hoidon saamista *säännölliseen hoitoon ja seurantaan pitkäaikaissairauteen* (esim. *kohonnut verenpaine*). Vastaajille oli näin ennalta määritelty, että kyseessä on säännöllistä seurantaa vaativan hoidon saaminen, jota perinteisesti tarjotaan terveyskeskuksissa. Näin ainakin säännöllisen hoidon kohdalla luottamus on luultavasti kohdistunut julkisiin terveyskeskuksiin, joiden terveyspalveluiden tarkennettiin koskevan myös ennen kysymystä. Toisaalta kysymyksen alussa terveyspalveluiden kuvattiin käsittävän terveyskeskukset ja sairaalat, eli ei suoranaisesti tarkennettu, ovatko nämä julkisia vai yksityisiä. Onkin täysin mahdollista, että etenkin työssäkäyvät ja hyvätuloiset vastaajat ovat kohdistaneet luottamuksensa johonkin muuhun terveydenhuollon osajärjestelmään, kuin julkisiin palveluihin. Ongelmana onkin, että mikäli kiireellisen ja säännöllisen hoidon käsitteet ja hoitopaikat on ymmärretty vastaajien kesken hyvin eri lailla, on se voinut aiheuttaa satunnaisuutta tuloksiin. Toisaalta, mikäli käsitteet on ymmärretty tarpeeksi suuren osan vastaajista keskuudessa samankaltaisesti väärään suuntaa, on se voinut aiheuttaa systemaattista virhettä.

Luottamusta tarvittavan hoidon saamiseen kysyttiin hypoteettisesti. Vastaajat eivät välttämättä olleet käyttäneet kyseisiä terveydenhuollon palveluita, eikä tätä kysymyksen asettelussa vaadittu, saati oletettu. Tämän vuoksi onkin pohdinnan arvoista miettiä, kertovatko tulokset luottamuksesta vai pikemminkin luottavaisuudesta hoidon saamista kohtaan. Luottavaisuuteen viittaisi se, ettei luottajan ole täytynyt olla kontaktissa terveydenhuoltoon pohtiakseen tuntemaansa luottamusta. Luottavaisuudelle ominaista on juuri epäsuora kontakti toimijoiden välillä. (Kankainen 2007, 69.) Luottamus kiireellisen ja luottamus säännöllisen hoidon saamiseen tarvittaessa onkin voinut olla vastaajille valmiina annettua, ikään kuin omaksuttua luottamusta (Sztompka 1999, 24–25). Luottamusta ja luottavaisuutta on kuitenkin hankalaa erottaa täysin toisistaan, sillä luottamuksen muodot ilmenevät usein toisiinsa kietoutuneina (ks. Kankainen 2007, 69). Oli kyse loppujen lopuksi kummasta vain, sillä tuskin on väliä palveluiden käyttäjän tai terveydenhuollon kannalta. Kuitenkin se, ettei voida olla täysin varmoja kummasta oli loppujen lopuksi kyse, on tämän tutkimuksen rajoite.

Tässä tutkimuksessa luottamusta tarkasteltiin kolmeluokkaisena. Ei osaa sanoa –vastausvaihtoehdon tulkintaa pidetään haasteellisena, sillä jossain tapauksissa voidaan ajatella, ettei näin vastanneilla ole mielipidettä tai tietoa tutkittavasti asiasta. Toisaalta taas on mahdollista, ettei vastaaja ole vaivautunut miettimään luottamuksen tuntemista ja siten koki pääsevänsä helpommalla vastamalla ei osaa sanoa. (Alkula 1994, 88.) Koska luottamusta on vaikea ylipäättään määrittää, saati liikertin asteikon avulla (Kankainen 2007, 67), on vastaajien voinut ollut todenmukaisempaa kuvata kokemaansa luottamusta ei osaa sanoa -vastausvaihtoehdolla kuin valitsemalla jommastakummasta ääripäästä. Näin ollen tässä tutkimuksessa ei osaa sanoa -vaihtoehto on kuvannut luottamuksen tai epäluottamuksen välimaastoa (esim. Kouvo & Kankainen 2009; Hardin 1999, 23) (ks. Kuvio 1). Luottamuksen käsitteen moninaisuuden vuoksi tämän tutkimuksen etu on se, ettei luottamusta tarkasteltu pelkästään luottaa ja ei luota -ääripäiden välillä. Vaikka tässä tutkimuksessa on pyritty korostamaan luottamusta monimuotoisena tunteena, on tutkimuksessa käytetty tapa jaotella luottamus kolmeen luokkaan rajallinen ja melko mustavalkea tapa tarkastella sitä, kuten luvussa 2.1 pohdittiin.

8.4 Tutkimuksen eettisyys

Tätä tutkimusta tehdessä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan vain kyseisiä käytäntöjä laitimalla tehty tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja siten sen antamat tulokset hyväksyttäviä. Tämän

tutkimuksen teossa onkin pyritty tutkimuksenteon läpinäkyvyyteen ja avoimuuteen raportoimalla kaikki sen vaiheet asianmukaisesti, tarkasti ja juuri niin kuin on tehty. (Heikkilä 2008, 185; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4.)

Tutkimukseen ei sisältynyt eettisesti erityisiä ongelmia. Tämän tutkimuksen tekijä oli sitoutunut noudattamaan hyvien tieteellisten käytäntöjen lisäksi tutkimuksessa käytetyn aineiston luovuttajan, Yhteiskuntatieteellisen tietokoneiston, yleisiä käyttöehtoja. Käyttöehtojen mukaisesti aineistoa on käytetty vain ilmoitettuun käyttötarkoitukseen ja aineistoa on säilytetty hallussapitäjän olevan salanasuojatun tietokoneen takana. Aineisto on hävitetty tutkimuksen valmistuttua.

Tulosten raportoinnissa tuloksia on tulkittu ja pyritty arvioimaan totuudenmukaisesti ja johdattelematta. Muiden tutkijoiden töihin viitattaessa sekä lähdeluetteloja laadittaessa on huolehdittu asianmukaisesta viittaustyylistä ja näin annettu muille tutkijoille heidän ansaitsemansa kunnia tehdystä työstä (Hirsijärvi 2007, 23–24; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Aineiston käsittelyssä ja tulosten raportoinnissa on huolehdittu yksittäisten vastaajien anonymiteetistä. Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015 -tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuneet ovat suostuneet vastauksiensa luovuttamiseen jatkotutkimuskäyttöön (ks. Hirsijärvi 2007, 24). Tutkimukseen osallistuvien tunnistetiedot oli ennalta poistettu valmiista aineistosta, eivätkä tutkimukseen osallistuneet ole siten tunnistettavissa tästä tutkimuksesta.

Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu myös raportoida tutkimuksen tekoon myönnetty rahoituslähteet (Hirsijärvi 2007, 24). Tämän tutkimuksen tekijälle myönnettiin keväällä 2018 Urho ja Kaisa Kiukkaan säätiön apuraha Pro gradu -tutkielman loppuunsaattamiseksi.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat hoidon saamista keskeisesti estävien saavutettavuuden, integraation ja taloudellisten esteiden olevan merkittävässä asemassa tarvittavan hoidon saamiseen luottamiseen. Tulosten perusteella voidaan todeta, että terveydenhuollon palveluiden saatavuuteen vaikuttavien tekijöiden ohella myös palveluiden käyttäjien ominaisuuksilla on omat, pienemmät roolinsa luottamuksen selittäjinä. Luottamus tarvittavan kiireellisen, että tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen on tulosten perusteella korkeaa eri väestöryhmien ja palveluita eri tavoin sekä tarkoituksin käyttävien keskuudessa.

Kuitenkin epäluottamus tarvittavan hoidon saamiseen keskittyy tulosten perusteella toimeentulovaikeuksia kokeneille, työttömille, pitkäaikaissairaille ja usein vastaanotolla käyneille, eli pienelle haavoittuvalle osalle väestöä, joka tarvitsisi eniten luottamusta. Täten tulokset tukevat oletusta siitä, ettei terveydenhuollon palveluiden yhdenvertainen ja oikeudenmukainen saatavuus käyttäjäkohtaisista tekijöistä riippumatta toteudu tällä hetkellä Suomen terveydenhuollossa. Terveydenhuollon järjestämistavat eivät toimi luottamusta vahvistavasti, vaikka niillä olisi mahdollisuus siihen.

Luottamusta terveydenhuollon tarjoamien palveluiden saatavuuteen kuitenkin tarvitaan nyt ja jatkossa, etenkin palvelujärjestelmää uudistamisen ympärillä olevan epävarmuuden vierelle ja toisaalta vastapainoksi terveydenhuollon muuttuville toimintakäytännöille. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa asetetut tavoitteet palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden turvaamisesta ja asiakaslähtöisemmän palvelukokonaisuuden muodostamisesta näyttäytyvät tärkeille tämän tutkimuksen tuloksiin suhteutettuna. Uudistuksessa piilee potentiaalia kohentaa luottamusta hoidon saamiseen etenkin nyt heikompaa luottamusta kokevien keskuudessa, mikäli tavoitteisiin palveluintegraatiosta ja paremmasta saavutettavuudesta pystytään vastaamaan.

Tässä tutkimuksessa tunnistetut epäluottamukseen yhteydessä olevat tekijät antavat hyvät lähtökohdat palveluiden yhdenvertaista saatavuutta tukeville terveystaloudellisiin päätöksiin. Sosiaali- ja terveydenhuoltopoliittisilla päätöksillä on mahdollista luoda oikeudenmukaisemmat ja palveluiden käyttäjien paremmin saavutettavissa olevat palvelut sekä siten vahvistaa väestön sitä kohtaan tuntemaa luottamusta. Tämä edelleen edistää palveluiden tarkoituksenmukaista käyttöä ja luo kaivatua taloudellisesta kestävyttä. Luottamusta voidaan rakentaa terveydenhuollossa monilla sen eri tasoilla, mutta lähtökohdat luottamusta edistävälle toiminnalle luodaan yhteiskunta- ja terveystaloudellisten toimilla ja dialogilla.

10 LÄHTEET

- Aalto, A-M., Manderbacka, K., Muuri, A., Karvonen, S., Junnila, M. & Pekurinen, M. (2016). Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Aalto, A-M., Muuri, A. & Syrjä, V. Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015. [sähköinen tietoineisto]. Versio 1.0 (17.01.2017) Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [Jakaja]. Viitattu 19.10.2018 <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD3146>
- Aalto, A-M., Vehko, T., Sinervo, T., Sainio, S., Muuri, A., Elovainio, M. & Pekurinen, M. (2017). Terveystenhuollon asiakaslähtöisyys: Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ahnquist, J., Lindström, M. & Wamala, Sarah P. (2008). Institutional trust and alcohol consumption in Sweden: The Swedish National Public Health Survey 2006. *BMC Public Health*, 8(283), 1–10.
- Ahnquist, J., Wamala, S. P. & Lindström, M. (2010). What has trust in the health-care system got to do with psychological distress? Analyses from the National Swedish Survey of Public Health. *International Journal for Quality in Health Care* 22(4), 250–258.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. (1994). *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. 1.–4. painos. Juva: WSOY.
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS ONE* 12(2):e0170988. Viitattu 27.9.2018. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170988>
- Blomgren, J. & Hiilamo, H. (2012). Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin terveyseroihin. Teoksessa Mikkola, H., Blomgren, J. & Hiilamo, H (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 76–88.
- Brennan, N., Barnes, R., Calnan, M., Corrigan, O., Dieppe, P. & Entwistle, V. (2013). Trust in the health-care provider-patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6), 682–688.

- Calnan, M. & Rowe, R. (2008). *Trust matters in health care*. State of health series. Maidenhead: Open University Press.
- Calnan, M. & Sanford, E. (2004). Public trust in health care: the system or the doctor? *Quality and Safety in Health Care* 13(2), 92–97.
- Cohen, J. (1999). Trust, voluntary association and workable democracy: the contemporary American discourse of civil society. Teoksessa M. Warren (toim.) *Democracy and trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 208–248.
- Cook, K.S., Hardin, R. & Levi, M. (2005). *Cooperation without trust?* New York: Russell Sage Foundation.
- Derose, K. & Varda, D. (2009). SOCIAL CAPITAL AND HEALTH CARE ACCESS: A SYSTEMATIC REVIEW. *Medical Care Research and Review* 66(3), 272–306.
- Durán, A., Kutzin, J., Martin-Moreno, J.M. & Travis, P. (2011). Understanding health systems: scope, functions and objectives. Teoksessa Figueras, J. & McKee, M. (toim.) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-Being: Assessing the case for investing in health systems*. Open University Press: McGraw-Hill Education, 19–37.
- Erhola, M., Vaarama, M., Pekurinen, M., Jonsson, P M., Junnila, M., Hämäläinen, P., Nykänen, E & Linnosmaa, I. (2014). *SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 14/2014. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy.
- Eskola, J., Erhola, M. & Pekurinen, M. (16.3.2018). Tätä mieltä THL on sote-uudistuksesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedote. Viitattu 7.10.2018 <https://thl.fi/fi/-/tata-mielta-thl-on-sote-uudistuksesta>
- Fowler, F. (2009). *Survey Research Methods*. SAGE Publications.
- Gille, F., Smith, S., & Mays, N. (2017). Towards a broader conceptualisation of ‘public trust’ in the health care system. *Social Theory & Health* 15(1), 25–43.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine* 56(7), 1453–1468.

- Giordano, G.N. & Lindström, M. (2016). Trust and health: testing the reverse causality hypothesis. *Journal of Epidemiology & Community Health* 70(1), 10–16.
- Gordis, L. (2014). *Epidemiology*. Fifth Edition. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Goudge, J. & Gilson, L. (2005). How can trust be measured? Drawing lessons from past experience. *Social Science & Medicine* 61(7), 1439–1451.
- Hall, M.A. (2001). Arrow on Trust. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(5), 1131–1144.
- Hall, M.A., Dugan, E., Zheng, B. & Mishra, A.K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly* 79(4), 613–693.
- Hardin, R. (2006). *Trust*. Oxford: Polity Press.
- Hardin, R. (1999). Do we want to trust in government? Teoksessa Warren, M. (toim.) *Democracy and trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 22–41.
- Harisalo, R. (2009). Epäluottamus organisaatiossa. Teoksessa Huotari, M-L. & Lehto, A. (toim.) *Johtamishaasteena muutos: Kirjasto akateemisessa yhteisössä*. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Harjuniemi, P. (1971). *Luottamus terveydenhuoltopalveluiden tasapuolisuuteen*. Tampereen yliopiston tutkimuslaitos D-tiedotteita, no. 49/1971.
- Harré, R. (1999). Trust and its surrogates: psychological foundations of political process. Teoksessa M. Warren (toim.) *Democracy and trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 249–272.
- Heikkilä, T. (2008). *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helminen, V., Nurmio, K., Rehunen, A., Ristimäki, M., Oinonen, K., Tiitu, M., Kotavaara, O., Antikainen, H. & Rusanen, J. (2013). *Kaupungin-maaseudun alueluokitus. Paikkatietomuotoisen alueluokituksen muodostamisperiaatteet*. Helsinki: Suomen ympäristökeskus.
- Hetemaa, T., Ilmarinen, K., Kapiainen, S., Keskimäki, I., Koivusalo, M., Korajoki, M. ... & Vaalavuo, M. (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutuksen ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018. Valtioneuvoston kanslia.

- Hosking, G. (2014). *Trust: a history*. Oxford: Oxford University Press.
- Hosmer, D., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. (2013). *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Hyppönen, H. & Ilmarinen, K. (2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Häkkinen, U. & Alha, P. (2006). Avohoitopalvelut. Teoksessa U. Häkkinen & P. Alha (toim.) *Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 –tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, 2006: B10, 32–43.
- Ilmarinen, K., Aalto, A-M. & Muuri, A. (2016). Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ilmonen, K. & Jokinen, K. (2002). *Luottamus modernissa maailmassa*. Jyväskylä: SoPhi.
- Junnila, M., Sinervo, T., Aalto, A-M., Jonsson P.M., Hietapakka, L., Keskimäki, I. ... Whellams, A. (2016). Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – kriittiset askeleet toteuttamisessa. Päätösten tueksi 2/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kankainen, T. (2007). *Yhdistykset, instituutiot ja luottamus*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L., & Junna, L. (2017). Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kauppinen, T. & Karvonen, S. (2014). Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) *Suomalaisen hyvinvointi 2014*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy, 80–97.
- Keskimäki, I. (2010). Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. Puheenvuoro. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47(3), 201–207.
- Kivisalmi, S. (2017). Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa. Pro gradu –tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.

- Klavus, J. (2010). Suomalaisten terveys, terveysten palveluiden käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 28–43.
- Koivuranta, E. (7.11.2015). Näin hallituskriisi eteni – ja näin se ratkesi. Yle: Uutinen. Viitattu 9.10.2018 <https://yle.fi/uutiset/3-8439294>
- Kokko, S. (2015). Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K. *Terveystenhuollon muutokset*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 27–42.
- Kokko, S., Heinämäki, L., Tynkkynen, L-K., Haverinen, R., Keskiäari, M., Muuri, A., Pekurinen, M. & Tammelin, M. (2009). *Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen: Kuntakysely sosiaali- ja terveysten palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta*. Raportti 36/2009. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Komu, M. & Hellsten, K. (2010). *Luottamus ihmisiin ja luottamus instituutioihin Euroopassa*. Netityöpapereita 12/2010. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kouvo, A. (2014). *Luottamuksen lähteet. Vertaileva tutkimus yleistynyttä luottamusta synnyttävistä mekanismeista*. Väitöskirja. Turku: Painosalama oy.
- Kouvo, A. & Kankainen, T. (2009). Sosiaalista pääomaa rakentamassa vai purkamassa? Suomalaiset hyvinvointipalvelut ja yleistynyt luottamus. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(6), 585–603.
- Kyselyaineiston havaintojen painottaminen. (2008). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 3.10.2018 [http://www.fsd.uta.fi/metetelmaopetus/painot-](http://www.fsd.uta.fi/metetelmaopetus/painottaminen/painotus.html)
[taminen/painotus.html](http://www.fsd.uta.fi/metetelmaopetus/painotus.html)
- Laamanen, R., Øvretveit, J., Sundell, J., Simonsen-Rehn, N., Suominen, S. & Brommels, M. (2006). Client perceptions of the performance of public and independent not-for-profit primary health care. *Scandinavian journal of public health* 34(6), 598–608.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 5.10.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

- Lappi-Seppälä, T., Tala, J., Litmala, M. & Jaakkola, R. (1999). *Luottamus tuomioistuimiin: Haastattelututkimus väestön asenteista 1998*. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitoksen julkaisuja 190. Helsinki: Hakapaino Oy.
- LaVeist, T., Isaac, L. & Williams, K. (2009). Mistrust of health care organizations is associated with underutilization of health services. *Health Services Research* 44(6), 2093–2105.
- Lehto, J. (2013). Terveysthuoltopolitiikka. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy, 160-168.
- Lindström, M. & Janzon, E. (2007). Social capital, institutional (vertical) trust and smoking: A study of daily smoking and smoking cessation among ever smokers. *Scandinavian Journal of Public Health* 35(5), 460–467.
- Lindström, C., Rosvall, M. & Lindström, M. (2017). Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: A population-based study. *Skandinavian Journal of Public Health* 45(3), 212–221.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and Power*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Luoto, R. (2009). Kyselytutkimuksen suunnittelu. *Duodecim* 125(15), 1647–1653.
- Lääkäriliitto. Väestön mielipiteet hoitoon pääsystä ja potilaan valinnanvapaudesta. Viitattu 21.9.2018. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1270/vaestokysely2014_3.pdf
- Manderbacka, K. (2011). Terveysthuollon rakenteet, rahoitus ja oikeudenmukaisuus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 48(1), 1–3.
- Manderbacka, K., Aalto, A-M., Kestilä, L., Muuri, A. & Häkkinen, U. (2017). Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Manderbacka, K., Gissler, M., Husman, K., Husman, P., Häkkinen, U., Keskimäki, I. ... & Windström, E. (2006). Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.). *Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle: Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveysthuollossa*. Helsinki: Stakes, 42–55.

- Manderbacka, K., Muuri, A., Keskimäki, I., Kaikkonen, R. & Elovainio, M. (2012). Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveysterveysten saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49(1), 4–12.
- Mechanic, M. & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine* 51(5), 657–668.
- Metsämuuronen, J. (2002). *Tilastollisen päättelyn perusteet*. Metodologia-sarja 3. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Meyer, S. & Ward, P. (2013). Differentiating between trust and dependence of patients with coronary heart disease: furthering the sociology of trust. *Health, Risk & Society* 15(3), 279–293.
- Meyer, S., Ward, P., Coveney, J., & Rogers, W. (2008). Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review* 17(2), 177–186.
- Misztal, B. (1996). *Trust in Modern Societies: the search for the bases of social order*. United Kingdom: Polity Press.
- Mollborn, S., Stepanikova, I. & Cook, K.S. (2005). Delayed care and unmet needs among health care system users: when does fiduciary trust in a physician matter? *Health Service Research* 40(6), 1898–1917.
- Muuri, A. & Manderbacka, K. (2010). Hyvinvointivaltion kannatusperusta. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 96–110.
- Nguyen, L. & Seppälä, T.T. (2014). Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveysterveysten palveluista. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print, 192–211.
- Niemelä, H. (2015). Luottamus ja terveydenhuoltojärjestelmä. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Niemelä, M. (2012). Terveysterveysten palvelut kansalaismielipiteen ja luottamuksen näkökulmasta. Teoksessa Mikkola, H. & Blomberg, J. & Hiilamo, H. (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiologi- ja terveydenhuollossa*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 24–38.

- Nieminen, T. (2015). *Healthier Together? Social capital, Health behaviour and Health*. Academic dissertation. University of Helsinki: Department of Public Health. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Nuutinen, T. (2008). Laatu ja luottamus julkisessa palvelutuotantojärjestelmässä: ovatko terveystieteiden sosiodemografiset taustatekijät yhteydessä asiakastyytyväisyyteen ja luottamukseen. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Näätänen, A.-R. & Londén, P. (2018). *Sosiaalibarometri 2018*. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.
- OECD. (2017). *Finland: Country Health Profile 2017*. State of health in the EU. Brussels: OECD Publishing. Viitattu 7.10.2018 <http://www.oecd.org/publications/finland-country-health-profile-2017-9789264283367-en.htm>
- Offe, C. (1999). How Can We Trust Our Fellow Citizens? Teoksessa Warren, M. (toim.) *Democracy and Trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 42–87.
- Ollila, E. (2006). Terveyspoliittiset arvot ja markkinoistuva terveydenhuolto. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.). *Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle: Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes, 160–167.
- Ozawa, S. & Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health care system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* 91, 10–14.
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P.M., Keskimäki, I., Kokko, S. ... & Vuorenkoski, L. (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pelttari, H. & Kaila, M. (2014). *Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys: Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.9.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70295/URN_ISBN_978-952-00-3515-0.pdf
- Pentala-Nikula, O., Koskela, T., Parikka, S., Aalto, A.-M. & Muuri, A. (2018). Alueelliset erot aikuisväestön palvelukokemuksista ja hyvinvoinnista: FinSote 2018. Tilastoraportti 21/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Perustuslaki 11.6.1999/731. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 24.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Raivio, R., Jääskeläinen, J., Holmberg-Martilla, D. & Mattila, K.J. (2014). Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice* 15(1), 98.
- Ruuska, A. & Haukkapää-Haara, P. (2004). Saumattomien palveluketjujen edellytyksiä – teknologia, muuttuvat toimintamallit ja alueellinen yhteistyö. Teoksessa Sinervo, L. (toim.) Saumattomien toimintojen juurruttaminen. Juuria-hankkeen loppuraportti. Aiheita 26/2004. Helsinki: Stakes, 26–30.
- Ruuskanen, P. (2003). *Verkostotalous ja luottamus*. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylä: SoPhi.
- Saltman, R. & Teperi, J. (2016). Health reform in Finland: current proposals and unresolved challenges. *Health Economics, Policy and Law* 11(3), 303–319.
- Sinervo, T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. (2016a). Johdanto. Teoksessa Sinervo, T., Tynkkynen, L-K., Vehko, T., Aalto, A-M., Chydenius, M., Jolanki, O., Keskimäki, I., Lehto, J., Saloranta, A. & Syrjä, V. (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 13–27.
- Sinervo, T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. (2016b). Johtopäätökset. Teoksessa Sinervo, T., Tynkkynen, L-K., Vehko, T., Aalto, A-M., Chydenius, M., Jolanki, O., Keskimäki, I., Lehto, J., Saloranta, A. & Syrjä, V. (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 115–124.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STMa). Sosiaali- ja terveystalot. Viitattu 2.4.2018. <http://stm.fi/sotepalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STMb). Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Viitattu 20.9.2018. <https://stm.fi/hoitotakuu>
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtionvarainministeriö. (19.6.2017). Kansalaiskysely: sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteiden toteutumista epäillään. STM: Uutinen. Viitattu 5.10.2018

https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kansalaiskysely-sote-ja-maakuntaudistuksen-tavoitteiden-toteutumista-epaillaan

Suchman, M. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *The Academy of Management Review* 20(3), 571–610.

Suominen, S., Koskenvuo, K., Sillanmäki, L., Vahtera, J., Korkeila, K., Kivimäki, M., Mattila, K.J., Virtanen, P., Sumanen, M., Rautava, P. & Koskenvuo, M. (2012). Non-response in a nationwide follow-up postal survey in Finland: a register-based mortality analysis of respondents and non-respondents of the Health and Social Support (HeSSup) Study. *BMJ open* 2(2), e000657.

Sztompka, P. (1999). *Trust: a sociological theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tietoarkisto: Aineistoluettelo. FSD3146 Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut 2015. Viitattu 22.10.2018 https://services.fsd.uta.fi/catalogue/FSD3146?tab=description&study_language=fi

Tietoarkisto. (24.08.2017). Tietoarkisto organisaationa. Viitattu 11.1.2018 <http://www.fsd.uta.fi/fi/hallinto/index.html>

Tilastokeskus. (2007). *Laatua tilastoista*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Teperi, J. (2006). Johdanto. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.). *Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle: Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes, 9–11.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Finlex® -Ajantasainen lainsäädäntö. Elektroninen aineisto. Viitattu 24.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). SOTE-uudistus. Viitattu 5.10.2018 <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THLb). (23.8.2017). Uudistuvat Sosiaali- ja terveyspalvelut 2015. Viitattu 30.10.2018 <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/uudistuvat-sosiaali-ja-terveyspalvelut-2015>

Toivonen, T. (6.3.2015). Sote-uudistus kaatui seuraavan hallituksen syliin. Yle: Uutinen. Viitattu 9.10.2018 <https://yle.fi/uutiset/3-7846753>

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.
- Uhari, M. & Nieminen, P. (2012). *Epidemiologia ja biostatistiikka*. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim.
- Ullman-Margalit, E. (2004). Trust, Distrust, and In Between. Teoksessa Hardin, R. (toim.) *Distrust*. New York: Russell Sage Foundation, 60–82.
- Uslaner, E. (2013). Trust as an alternative to risk. *Public Choice* 157(3–4), 629–639.
- Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (2014). Eriarvoisuus ja syrjäytyminen hyvinvointipolitiikan keskiöön. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy, 322–328.
- Vaittinen, P. (2011). Luottamus terveydenhoitajan ja perheen asiakassuhteen moraalisenä ulottuvuutena. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto: Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Kopijyvä Oy.
- Valtari, M. (2006). SPSS-perusteet. SPSS:n versio 14. Helsinki: Valtiotieteellinen tiedekunta, tieto- ja viestintätekniikka.
- Valtioneuvoston kanslia (2015). Ratkaisujen Suomi: Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Viitattu 30.10.2018 <https://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>
- Vilkko, A. Finne-Soveri, H. & Heinola, R. (2010). Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apua. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 44–59.
- Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J. (2017). Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integration vaikutukset sosiaali- ja terveystieteissä. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Valtioneuvoston kanslia.
- Ward, P. R., Rokkas, P., Cenko, C., Pulvirenti, M., Dean, N., Carney, S., Brown, P., Calnan, M. & Meyer, S. (2015). A qualitative study of patient (dis) trust in public and private hospitals: the importance of choice and pragmatic acceptance for trust considerations in South Australia. *BMC Health Services Research* 15(297).

- Warren, M. (1999). Introduction. Teoksessa Warren, M. (toim.) *Democracy and trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 1–21.
- Zechner, M. (2007). Puolisoitaan hoivaavien luottamus vanhuspalveluihin. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 139–166.

11 LIITTEET

11.1 Liite 1: Hoidon saamisen esteiden faktorianalyysin reliabiliteetit

TAULUKKO 11. Hoidon saamisen esteiden faktorianalyysi kolmen faktorin mukaan (Lähde: Aalto ym. 2017)

Analyysiin mukaan otetut kysymykset hoidon saamisen esteistä	Analyysissä havaitut kolme faktoria		
	Taloudelliset esteet $\alpha=0,9$	Integraatio $\alpha=0,8$	Saavutettavuus $\alpha=0,6$
a) Sinua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiiasi hoitamiseksi	0,20	0,87	0,19
b) Jouduit selvittämään tilannettasi useammalle työntekijälle tai moneen kertaan	0,16	0,87	0,21
c) Hoitopaikka oli hankalasti auki	0,16	0,34	0,73
d) Hoitopaikka oli hankalan matkan päässä	0,19	0,11	0,87
e) Oma taloudellinen tilanteesi vaikeutti hoidon saamista	0,90	0,19	0,20
f) Liian korkeat asiakasmaksut ovat vaikeuttaneet hoidon saamista	0,92	0,17	0,16
Selitysosuus, %	30,0	28,0	24,0

11.2 Liite 2: Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioimaton malli

TAULUKKO 12. Multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin vakioimaton malli.

	Luottamus tarvittavan kiireellisen hoidon saamiseen (ref. luottaa)					Luottamus tarvittavan säännöllisen hoidon saamiseen (ref. luottaa)				
	Ei luota		Ei osaa sanoa		P-arvo	Ei luota		Ei osaa sanoa		P-arvo
	OR	95 % LV	OR	95 % LV		OR	95 % LV	OR	95 % LV	
Sukupuoli					0,044					
Nainen	1,263	0,939–1,699	0,718	0,505–1,020		1,224	0,946–1,583	0,914	0,708–1,179	0,208
Mies (ref.)	1,0					1,0				
Ikä					0,076					0,034
18–29	0,714	0,394–1,292	0,423	0,222–0,808		1,145	0,669–1,961	1,186	0,735–1,914	
30–39	0,873	0,483–1,578	0,469	0,242–0,909		1,73	1,027–2,915	1,113	0,674–1,839	
40–49	1,307	0,751–2,276	0,666	0,365–1,226		2,088	1,254–3,478	0,97	0,578–1,626	
50–59	1,165	0,672–2,020	0,764	0,431–1,353		1,374	0,811–2,327	1,422	0,889–2,275	
60–69	1,175	0,680–2,029	0,78	0,444–1,372		1,198	0,704–2,037	1,01	0,620–1,648	
70–79 (ref.)	1,0					1,0				
Koulutus					0,259					0,976
Perusaste	1,346	0,890–2,037	1,282	0,808–2,035		0,985	0,691–1,404	0,912	0,640–1,300	
Keskiaste	1,392	0,993–1,952	1,013	0,681–1,506		0,968	0,727–1,288	0,916	0,691–1,216	
Korkea-aste (ref.)	1,0					1,0				
Työmarkkina-asema					0,028					<0,001
Työtön	2,196	1,360–3,547	1,6	0,870–2,940		2,037	1,324–3,136	1,976	1,284–3,041	
Muu	1,092	0,797–1,497	0,976	0,675–1,411		0,859	0,652–1,132	0,855	0,651–1,124	
Työssä (ref.)	1,0					1,0				
Toimeentulovaikeudet					<0,001					<0,001
Kyllä	3,596	2,653–4,875	2,651	1,863–3,773		3,092	2,381–4,015	1,923	1,481–2,498	
Ei (ref.)	1,0					1,0				
Asuinalue					0,012					0,046
Harvaan asuttu maaseutu	2,4	1,304–4,419	0,95	0,412–2,191		0,843	0,466–1,527	0,458	0,221–0,951	
Ydinmaaseutu	1,629	0,933–2,844	1,497	0,860–2,607		0,919	0,583–1,449	0,534	0,313–0,910	
Kaupungin läheinen maaseutu	2,202	1,230–3,942	1,44	0,750–2,765		0,944	0,549–1,625	1,288	0,808–2,054	
Maaseudun paikalliskeskus	2,322	1,249–4,317	1,291	0,614–2,715		1,082	0,613–1,911	1,182	0,696–2,005	
Kaupungin kehysalue	1,97	1,162–3,342	0,578	0,261–1,279		0,781	0,479–1,273	0,694	0,425–1,132	

Ulompi kaupunkialue	2,058	1,361–3,112	1,181	0,750–1,859		1,217	0,880–1,682	1,101	0,801–1,515	
Sisempi kaupunkialue (ref.)	1,0					1,0				
Hoidon saamisen esteet										
Integraatio	2,472	2,022–3,023	1,453	1,122–1,880	<0,001	2,982	2,480–3,584	1,576	1,299–1,911	<0,001
Saavutettavuus	2,768	2,239–3,421	1,503	1,127–2,006	<0,001	2,266	1,881–2,730	1,408	1,137–1,744	<0,001
Taloudelliset esteet	2,383	1,992–2,850	1,405	1,243–1,589	<0,001	1,579	1,448–1,722	1,237	1,112–1,377	<0,001
Pitkäaikaissairaus										
Kyllä	1,264	0,937–1,704	1,593	1,115–2,278		1,552	1,191–2,023	0,823	0,636–1,064	
Ei (ref.)	1,0					1,0				
Vastaanottokäynnit viimeisen 12 kk aikana										
					0,158					0,011
1–3	0,963	0,522–1,776	0,774	0,375–1,601		1,423	0,771–2,626	0,507	0,321–0,803	
4–6	0,916	0,483–1,735	1,067	0,517–2,203		1,523	0,814–2,851	0,644	0,404–1,027	
7 tai yli	1,469	0,811–2,660	1,127	0,558–2,275		1,997	1,092–3,562	0,68	0,435–1,063	
Ei yhtään (ref.)	1,0					1,0				
Sairauskuluvakuutus										
					0,105					0,693
Ei, mutta harkinnut	1,678	1,032–2,729	0,897	0,485–1,661		1,371	0,886–2,121	1,131	0,737–1,736	
Ei enkä harkinnut	1,064	0,692–1,636	1,089	0,675–1,756		1,174	0,812–1,698	1,038	0,729–1,476	
Kyllä (ref.)	1,0					1,0				
Työterveyshuolto										
					0,047					0,552
Ei	1,423	1,034–1,956	1,292	0,888–1,881		1,083	0,823–1,423	1,147	0,875–1,503	
Kyllä (ref.)	1,0					1,0				

Tilastollisesti merkitsevät vertailut ja p-arvot lihavoitu
Ilmoitetut p-arvot viittaavat muuttujien kokonaiseen p-arvoihin
Referenssikategorioina luottavat kaikissa vertailuissa
OR = Odds ratio eli ristitulosuhde
95 % LV = 95 % luottamusväli

11.3 Liite 3: Tutkimuksessa käytetyt kysymyslomakkeen kysymykset

Aineiston FSD Uudistuvat sosiaali- ja terveystalvet 2015 -aineiston kysymyslomake on saatavilla kokonaisuudessaan Yhteiskuntatieteellisestä tietarkistosta (Tietarkisto: Aineistoluettelo). Kysymyksen 14 vaihtoehtoja c, d, e, f ja g sekä kysymysten 27 ja 28 vaihtoehtoja julkisessa hammashuollossa, yksityisessä hammashuollossa ja jossain muualla, missä? ei käytetty tässä tutkimuksessa.

1. Minä vuonna olet syntynyt? 19 _____

4. Oletko tällä hetkellä pääasiassa...

Kokoaikatyössä	1
Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä	2
Eläkkeellä iän perusteella	3
Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saaja	4
Työtön tai lomautettu	5
Perhevapaalla, kotiäiti- tai -isä	6
Opiskelija	7
Asevelvollisuutta tai siviilipalvelusta suorittamassa	8
Joku muu, mikä?	9

14. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

Luotan siihen, että saan tarvittaessa... Rengasta jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
a) Kiireellistä hoitoa äkilliseen vakavaan sairauteen	1	2	3	4	5
b) Säännöllistä hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen (esim. kohonnut verenpaine)	1	2	3	4	5
c) Vanhusten palveluja (esim. kotipalvelut, asumispalvelut, vanhainkodit)	1	2	3	4	5
d) Vammaispalveluita (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	1	2	3	4	5
e) Lapsiperheiden palveluita (esim. lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut)	1	2	3	4	5
f) Sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluita	1	2	3	4	5
g) Toimeentulotukea	1	2	3	4	5

27. Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olet käynyt oman tai alaikäisen lapsesi terveyden vuoksi lääkärin vastaanotolla?

Kertojen lukumäärä

Terveysasemalla (ei hammaslääkärikäyn-
tejä)

Yksityisellä lääkäriasemalla

Työterveyshuollossa

Sairaalan poliklinikalla

Julkisessa hammashuollossa	_____
Yksityisessä hammashuollossa	_____
Jossain muualla, missä?	_____

28. Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olet käynyt oman tai alaikäisen lapsesi terveyden vuoksi hoitajan vastaanotolla

	Kertojen lukumäärä
Terveysasemalla (ei hammaslääkärikäyntejä)	_____
Yksityisellä lääkäriasemalla	_____
Työterveyshuollossa	_____
Sairaalan poliklinikalla	_____
Julkisessa hammashuollossa	_____
Yksityisessä hammashuollossa	_____
Jossain muualla, missä?	_____

34. Ovatko seuraavat asiat haitanneet hoidon saamistasi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana? Rengasta jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto.

	Aina	Useimmiten	Joskus	Ei koskaan	Ei koske minua
a) Sinua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiasi hoitamiseksi	1	2	3	4	5
b) Jouduit selvittämään tilannettasi useammalle työntekijälle tai moneen kertaan	1	2	3	4	5
c) Hoitopaikka oli hankalasti auki	1	2	3	4	5
d) Hoitopaikka oli hankalan matkan päässä	1	2	3	4	5
e) Oma taloudellinen tilanteesi vaikeutti hoidon saamista	1	2	3	4	5
f) Liian korkeat asiakasmaksut ovat vaikeuttaneet hoidon saamista	1	2	3	4	5

36. Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai sairauksia?

Kyllä 1
Ei 2

43. Onko sinulle järjestetty työterveyshuolto?

Kyllä 1
Ei 2
En ole työssä/ Ei työpaikkaa 3

69. Kotitaloudella voi olla erilaisia tulolähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutesi kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla...

Erittäin hankalaa	1
Hankalaa	2
Melko hankalaa	3
Melko helppoa	4
Helppoa	5
Hyvin helppoa	6

71.Oletko hankkinut itsellesi yksityisen sairauskuluvakuutuksen, joka korvaa sairauden hoidosta Suomessa aiheutuvia hoitokuluja, kuten yksityislääkärin palkkioita, lääkekuluja ja sairaalan hoitopäivämaksuja?

Kyllä	1
Ei, mutta olen harkinnut	2
Ei, enkä ole harkinnut	3